

Université de Sherbrooke

**Facteurs d'influence et actions requises à la mise en œuvre du programme Remodeler sa vie® en milieu communautaire québécois : Résultats d'une étude de préimplantation**

Par  
Marie-Hélène Lévesque  
Programme recherche en sciences de la santé

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé  
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.)  
en sciences de la santé

Sherbrooke, Québec, Canada  
Avril 2020

Membres du jury d'évaluation  
Marie-Ève Lamontagne, Ph.D., professeure agrégée, membre du jury externe, Département de réadaptation, Faculté de médecine, Université Laval  
Nadine Larivière, Ph.D., professeure titulaire, membre du jury interne, École de réadaptation, Université de Sherbrooke  
Mélanie Levasseur, Ph.D., professeure titulaire, directrice de recherche, École de réadaptation, Université de Sherbrooke

© Marie-Hélène Lévesque, 2020

## SOMMAIRE

### Facteurs d'influence et actions requises à la mise en œuvre du programme Remodeler sa vie® en milieu communautaire québécois : Résultats d'une étude de préimplantation

Par

Marie-Hélène Lévesque

Programmes recherche en sciences de la santé

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du diplôme de maître ès sciences (M.Sc.) en sciences de la santé, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

**Introduction** : Le vieillissement de la population requiert la mise en place d'interventions efficaces afin de soutenir le vieillissement en santé. Malgré des évidences croissantes, les interventions d'ergothérapie préventive sont minimalement intégrées à la pratique, surtout au Québec. Développé en Californie, le *Lifestyle Redesign*® est un programme ergothérapique novateur et efficace visant le développement de modes de vie sains et signifiants pour les aînés. Au Québec, le programme n'est pas implanté en clinique et sa formation était, jusqu'à récemment, uniquement disponible en anglais. **Objectifs** : Examiner l'adaptation culturelle de la formation traduite du *Lifestyle Redesign*® (Remodeler sa vie®) et explorer la préimplantation du programme en identifiant des facteurs susceptibles d'influencer sa mise en œuvre ainsi que des actions à entreprendre. **Méthodes** : Une validation transculturelle et une recherche-action ont été utilisées auprès de 24 participants, soit 20 ergothérapeutes et 4 finissants en ergothérapie, recrutés par choix raisonné. Après avoir été formés à la version canadienne-française du *Lifestyle Redesign*®, les participants ont pris part à deux groupes de discussion animés à l'aide de guides d'entretien semi-structurés. Une analyse de contenu thématique, soutenue par une grille de codage mixte, a été réalisée. **Résultats** : L'ensemble des participants étaient des femmes âgées de 22 à 60 ans qui ont salué l'accès à une version française du programme. Selon elles, les thèmes abordés sont adaptés au contexte québécois, mais une formation davantage 'clé en main' et socioconstructiviste doit être envisagée. La pertinence d'intégrer le programme Remodeler sa vie® à la pratique est sans équivoque, mais comporte des défis (ex. : partenariats). Des facilitateurs liés à l'intervention (ex. : résultats probants), au contexte socioculturel (ex. : population vieillissante) et aux individus (ex. : intérêt des ergothérapeutes) sont susceptibles de soutenir l'implantation. Pour implanter le programme, un plan comportant six axes prioritaires d'implantation et 15 objectifs sur deux ans a aussi été développé. **Conclusion** : En abordant, pour la première fois, les facteurs d'influence à l'implantation du programme Remodeler sa vie® et en proposant un plan détaillé, cette étude contribue à l'intégration d'approches préventives permettant de mieux soutenir le vieillissement en santé des Québécois âgés.

Mots clés : Aînés, ergothérapie, lifestyle, promotion de la santé

## SUMMARY

### **Factors of influence and actions required for implementing the Lifestyle Redesign® in the Quebec community setting: a pre-implantation study**

By  
Marie-Hélène Lévesque  
Health sciences Program

A thesis presented to the Faculty of Medicine and Health Sciences in partial fulfillment of the requirements of the degree of Master of Science in Health sciences, Faculty of Medicine and Health Sciences, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

**Introduction:** Population aging requires effective interventions to promote healthy aging. Despite growing evidence, preventive occupational therapy interventions are minimally integrated into practice, especially in Quebec. Developed in California, Lifestyle Redesign® is an innovative and effective occupational therapy program aimed to develop meaningful and healthy lifestyle for seniors. In Quebec, the program is not clinically implemented and its training course was, until recently, only available in English. **Objectives:** This study aimed to examine the adaptation of the translated Lifestyle Redesign® training course and to document the pre-implementation of the program by identifying factors that could influence its implementation and actions to be taken. **Methods:** A Cross-cultural validation and an action research was used with 24 participants, 20 occupational therapists and 4 occupational therapy graduates, recruited purposefully. After completing the French-Canadian version of the Lifestyle Redesign® course, the participants took part in two focus groups using semi-structured interview guides. A thematic content analysis, supported by a mixed coding grid, was carried out. **Results:** Participants were women aged 22 to 60 who welcomed access to a French version of the program. According to them, the themes covered are adapted to the Quebec context, but a more "turnkey" and socioconstructivist course should be considered. The relevance of integrating the Remodeler sa vie® into practice is unequivocal, but it does present challenges (e.g., partnerships). Facilitators related to the program (e.g., evidence-based outcomes), the sociocultural context (e.g., aging population) and individuals (e.g., interest of occupational therapists) are likely to support implementation. To implement the program, a plan with six implementation priorities and 15 objectives over two years was also developed. **Conclusion:** By addressing, for the first time, the factors influencing the implementation of the program and by proposing a detailed plan, this study contributes to the integration of preventive approaches to promote healthy aging among older French-Quebecers.

**Keywords :** Aged, occupational therapy; lifestyle; health promotion

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	1
RECENSION DES ÉCRITS.....	5
1.1 Assises théoriques.....	5
1.1.1 Cadre consolidé pour la recherche sur la mise en œuvre (CFIR) .....	5
1.1.2 Modèle de réplcation de programmes efficaces (REP) .....	7
1.1.3 Le Modèle de planification des actions d’advocacy systémique.....	8
1.1.4 Complémentarité des différentes assises théoriques.....	9
1.2 Lifestyle Redesign® .....	11
1.2.1 Historique et fondements théoriques .....	12
1.2.2 Conceptualisation du programme .....	12
1.2.2.1 Structure du programme .....	12
1.2.2.2 Idées centrales du programme .....	13
1.2.2.3 Contenu du programme .....	15
1.2.3 Effets du programme .....	19
1.2.3.1 Résultantes cliniques .....	23
1.2.3.2 Résultantes économiques.....	23
1.2.3.3 Résultantes d’implantation .....	26
1.2.4 Applicabilité clinique en milieu communautaire québécois.....	27
1.3 Facteurs d’influence à l’implantation d’innovations au moment de leur préimplantation .....	30
1.3.1 Facteurs liés à l’intervention.....	33
1.3.2 Facteurs liés à l’organisation .....	33
1.3.3 Facteurs liés au contexte externe .....	34
1.3.4 Facteurs liés aux individus.....	34

1.3.5 Facteurs liés au processus .....	34
1.4 Principaux constats de la recension des écrits .....	45
QUESTIONS ET OBJECTIFS DE RECHERCHE .....	46
MÉTHODOLOGIE .....	47
3.1 Approches et devis de recherche .....	47
3.1.1 Validation transculturelle.....	47
3.1.2 Recherche-action .....	48
3.2 Sélection des participants .....	48
3.3 Recrutement des participants .....	49
3.4 Déroulement de l'étude.....	51
3.4.1 Rencontre initiale.....	51
3.4.2 Activité de formation continue .....	53
3.5 Collecte de données .....	53
3.5.1 Méthodes de collecte .....	54
3.5.1.1 Groupes de discussion focalisée .....	54
3.5.2 Outils de recherche .....	54
3.5.2.1 Formulaire de recueil des données sociodémographiques.....	55
3.5.2.2 Guide d'entretien semi-structuré .....	55
3.5.2.3 Mémos .....	55
3.5.2.4 Journal de recherche .....	56
3.5.2.5 Outils d'animation de groupe .....	56
3.6 Analyse et interprétation des données .....	61
3.7 Critères de scientificité .....	62
3.8 Considérations éthiques .....	63
RÉSULTATS.....	65

4.1 Caractéristiques des participants à l'étude.....	65
4.2 Description du processus de traduction du programme Remodeler sa vie®.....	68
4.3 Examen de la formation traduite du programme Remodeler sa vie® .....	68
4.3.1 Niveau d'atteinte des objectifs de la formation .....	69
4.3.2 Adaptation culturelle de la formation .....	69
4.3.2.1 Adaptation linguistique de la formation .....	69
4.3.2.2 Adaptation du contenu de la formation .....	70
4.3.2.3 Adaptation des outils pédagogiques de la formation .....	70
4.3.3 Appréciation du design pédagogique de la formation .....	71
4.3.3.1 Appréciation du dispositif d'enseignement .....	71
4.3.3.2 Appréciation des activités d'apprentissage.....	73
4.3.3.3 Appréciation des outils pédagogiques .....	73
4.3.3.4 Appréciation de l'aspect temporel .....	74
4.3.3.5 Appréciation du contenu de la formation .....	75
4.3.3.6 Appréciation des retombées de formation .....	76
4.3.3.7 Appréciation des formatrices .....	77
4.4 Facteurs d'influences à l'implantation du programme Remodeler sa vie® .....	77
4.4.1 Facteurs liés à l'intervention.....	81
4.4.1.1 Force et qualité de l'évidence du programme.....	81
4.4.1.2 Avantages du programme .....	82
4.4.1.3 Qualité de la conception du programme .....	86
4.4.1.4 Complexité du programme .....	87
4.4.1.5 Adaptabilité du programme .....	90
4.4.2 Facteurs liés à l'organisation .....	94
4.4.2.1 Caractéristiques structurelles de l'organisation .....	94

4.4.2.2 Culture organisationnelle.....	95
4.4.2.3 Climat d'implantation.....	96
4.4.2.4 Prédiposition à l'implantation.....	98
4.4.3 Facteurs liés au contexte externe.....	100
4.4.3.1 Environnement politique.....	100
4.4.3.2 Environnement naturel.....	101
4.4.3.3 Environnement socioculturel.....	102
4.4.4 Facteurs liés aux individus.....	103
4.4.4.1 Caractéristiques des aînés.....	103
4.4.4.2 Caractéristiques des ergothérapeutes.....	105
4.4.4.3 Caractéristiques d'autres parties prenantes.....	108
4.4.5 Facteurs liés au processus.....	109
4.4.5.1 Planification de l'implantation.....	109
4.4.6 Principaux constats au sujet des facteurs d'influence à l'implantation du programme Remodeler sa vie®.....	110
4.5 Actions à entreprendre en vue d'une implantation réussie.....	115
4.5.1 Premier axe — Analyser les besoins.....	119
Objectif 1 — Comprendre les besoins des aînés et leurs enjeux de santé.....	119
4.5.2 Deuxième axe — Développer et partager l'expertise.....	119
Objectif 2 — S'approprier le contenu du programme.....	119
Objectif 3 — Développer l'ensemble du matériel clinique mieux adapté à la réalité locale.....	120
Objectif 4 — Poursuivre le déploiement de la formation.....	121
4.5.3 Troisième axe — Élaborer des plans.....	122
Objectif 5 — Élaborer un plan d'affaires.....	122
Objectif 6 — Élaborer un plan financier.....	122

Objectif 7 — Élaborer un plan de communication et de relations publiques .....	123
Objectif 8 — Élaborer un plan de mise en marché.....	128
4.5.4 Quatrième axe — S’occuper de la logistique et du recrutement .....	131
Objectif 9 — Obtenir les ressources nécessaires à la mise en œuvre du programme .....	131
Objectif 10 —Mettre en place un soutien logistique et opérationnel .....	131
Objectif 11 — Recruter et former les groupes.....	132
4.5.5 Cinquième axe — Piloter le programme .....	134
Objectif 12 — Offrir une première version du programme.....	134
4.5.6 Sixième axe — Évaluer le programme et poursuivre la recherche.....	136
Objectif 13 — Élaborer un plan de recherche .....	136
Objectif 14 — Quantifier et démontrer les effets du programme.....	136
Objectif 15 — Poursuivre la recherche .....	137
DISCUSSION.....	138
5.1 Discussion sur les résultats .....	138
5.1.1 Examen de la formation du programme Remodeler sa vie®.....	138
5.1.1.1 Qualité du design pédagogique de la formation .....	138
5.1.2 Identification des facteurs d’influence et des actions à entreprendre .....	140
5.1.2.1 Principaux obstacles l’implantation du programme .....	141
5.1.2.2 Contrastes existants entre les milieux d’implantation .....	148
5.2 Forces et limites.....	149
5.3 Retombées de la recherche .....	152
5.3.1 Retombées cliniques .....	153
5.3.2 Recommandations pour la recherche.....	154
CONCLUSION.....	156



LISTE DES RÉFÉRENCES.....	159
Annexe 1 Lettre d’invitation aux ergothérapeutes des cliniques privées .....	172
Annexe 2 Lettre d’invitation aux ergothérapeutes connus des experts ou ayant manifesté un intérêt envers le projet .....	175
Annexe 3 Demande de convenance – CISSS .....	178
Annexe 4 Demande de convenance – CIUSSS .....	183
Annexe 5 Message à diffuser par l’Ordre des ergothérapeutes du Québec .....	188
Annexe 6 Annonce Facebook sur la page du groupe « Ergothérapie Québec ».....	191
Annexe 7 Annonce Facebook sur la page « Ergo Maîtrise 2017-2018 » .....	193
Annexe 8 Formulaire d’information et de consentement à la recherche .....	195
Annexe 9 Premier guide d’entretien .....	203
Annexe 10 Deuxième guide d’entretien .....	208
Annexe 11 Formulaire de recueil des données sociodémographiques .....	214
Annexe 12 Approbation du comité d’éthique de la recherche .....	217

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Contenu du programme <i>Lifestyle Redesign</i> ® (Remodeler sa vie®) .....	17
Tableau 2	Stratégie de recherche documentaire (1 <sup>er</sup> volet : <i>Lifestyle Redesign</i> ®).....	20
Tableau 3	Caractéristiques des études pourtant sur les effets du <i>Lifestyle Redesign</i> ® et d'autres programmes dérivés.....	22
Tableau 4	Effets cliniques et économiques du <i>Lifestyle Redesign</i> ® et d'autres programmes dérivés .....	24
Tableau 5	Synthèse des facilitateurs, des obstacles, des retombées et des défis à l'implantation du <i>Lifestyle Redesign</i> ® .....	29
Tableau 6	Stratégie de recherche documentaire (2 <sup>e</sup> volet : préimplantation) .....	31
Tableau 7	Appuis empiriques au CFIR.....	36
Tableau 8	Grille d'analyse PESTLE .....	59
Tableau 9	Caractéristiques des participants à l'étude (n = 24).....	67
Tableau 10	Synthèse des améliorations à apporter à la formation .....	77
Tableau 11	Synthèse des facteurs d'influence à l'implantation du programme Remodeler sa vie® selon le CFIR .....	79
Tableau 12	Principales distinctions entre les milieux d'implantation publics et privés	112
Tableau 13	Synthèse de solutions possibles aux obstacles d'implantation.....	113
Tableau 14	Plan d'implantation du programme Remodeler sa vie® .....	116
Tableau 15	Partage des responsabilités d'implantation entre différents partenaires potentiels.....	125

## LISTE DES FIGURES

Figure 1	Cadre consolidé pour la recherche sur la mise en œuvre (CFIR) .....	7
Figure 2	Modèle de répliation de programmes efficaces (REP) pour les interventions de soins de santé .....	8
Figure 3	Modèle de planification des actions d' <i>advocacy</i> systémique .....	9
Figure 4	Complémentarité des différentes assises théoriques .....	11
Figure 5	Idées centrales du programme <i>Lifestyle Redesign</i> ® (Remodeler sa vie®)....	15
Figure 6	Organigramme méthodologique du 1 <sup>er</sup> volet de la recension ( <i>Lifestyle Redesign</i> ®) .....	21
Figure 7	Organigramme méthodologique du 2 <sup>e</sup> volet de la recension (préimplantation) .....	32
Figure 8	Déroulement de l'étude .....	52
Figure 9	Matrice analytique du contexte .....	57
Figure 10	Types de partenaires susceptibles d'être fédérés .....	108
Figure 11	Exemple de configuration d'un plan de communication .....	128

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
ACS	Agent de changement social
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
GMF	Groupes de médecine familiale
MPAS	Modèle de planification des actions d' <i>advocacy</i> systémique
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
PPS	Prévention et promotion de la santé
SAD	Soutien à domicile
SSSS	Système de santé et de services sociaux

*[À mon grand-papa Gérard, fidèle porteur de savoir, de liberté et de rêves]*

*Un voyage de mille lieues commence toujours par un premier pas.*

*Lao Tseu*

## REMERCIEMENTS

À l'aube de cette maîtrise qui s'achève, je tiens à exprimer de sincères remerciements à plusieurs personnes qui ont contribué de près ou de loin à sa réalisation.

Je dois d'abord un merci spécial à ma directrice de recherche, Mélanie, sans qui cette aventure n'aurait jamais commencé. Merci d'avoir semé l'idée d'un parcours en recherche et de l'avoir si bien accompagné en y consacrant ton temps, ton savoir et tes inestimables qualités humaines. Guidé par ton expérience et tes précieux conseils, ce pèlerinage universitaire fut pour moi une grande source d'inspiration et de motivation. Je me réjouis d'ailleurs de poursuivre mes travaux sous ta gouverne.

Je tiens ensuite à remercier, pour leur soutien financier important, les Instituts de recherche en santé du Canada, le Fonds de recherche en santé du Québec, l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, la Fondation canadienne d'ergothérapie et le Mouvement Desjardins. Merci également au Réseau québécois de recherche sur le vieillissement pour l'appui financier à la diffusion de mes travaux.

Je désire également remercier des personnes avec qui je partage une complicité et qui ont contribué à la réussite de ce projet. Pour son soutien informatique : Majoric ; pour son soutien graphique et technique : Véronique ; pour leur entraide et les échanges constructifs : Pier-Luc, Janie et Julie ; pour avoir suivi avec intérêt l'avancement de mon projet : mes collègues de l'Université Laval ; et pour son amitié et son soutien moral indéfectible : Caroline.

Je ne peux par ailleurs passer sous silence la contribution des ergothérapeutes et des finissantes en ergothérapie qui, par leur savoir et leur expérience, ont apporté une grande richesse et crédibilité à ce projet.

Aussi, puisqu'ils croient en moi, encore et toujours, un merci particulier à mes parents, Denis et Lisette. Merci de célébrer mes victoires et de soutenir mes revers, mais surtout, de suivre mon chemin avec tant d'affection et d'attention.

En terminant, je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à mon conjoint Michel. Merci de découvrir avec moi le monde de la recherche, de te montrer patient et de prendre le relais des tâches quotidiennes plus souvent qu'à ton tour. Merci également pour ta grande sagesse, ta sensibilité et ton authenticité qui me rappellent que les compétences humaines s'acquièrent parfois loin des bancs d'école.

## INTRODUCTION

D'ici 2030, alors que l'ensemble de la cohorte des baby-boomers sera âgé de 65 ans et plus, on estime que les aînés représenteront plus du quart de la population québécoise et que cette proportion ne cessera de croître jusqu'en 2061 (Girard *et al.*, 2018). Ce vieillissement démographique pose des défis tant sur le plan individuel que sociétal. Au Québec, trois aînés sur quatre (75,0 %) rapportent un problème de santé chronique (Lecours *et al.*, 2014), soit une cause importante et coûteuse d'incapacités et de moindre qualité de vie (Organisation mondiale de la santé, 2002 ; 2005). Ces maladies comme le cancer, le diabète, les maladies respiratoires, cardiovasculaires et de l'appareil locomoteur ainsi que les incapacités fonctionnelles qui en découlent (ex. : perte de mobilité ou de dextérité), peuvent toutefois être évitées ou retardées par des interventions de prévention et de promotion de la santé (PPS).

Selon le Gouvernement du Canada (2017), la prévention représente l'ensemble des mesures visant à prévenir les maladies et les blessures, mais aussi à arrêter leur progression et à réduire leurs conséquences. La prévention contribue ainsi à instaurer des conditions propices à la santé et aux mieux-être des aînés [Secrétariat aux aînés du ministère de la Famille (SAMF) et ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2018]. La promotion de la santé se définit quant à elle comme le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci (OMS, 2002). Visant non seulement le renforcement d'aptitudes et de capacités individuelles telles que l'adoption de modes de vie sains, les actions de promotion de la santé ciblent également des facteurs sociaux, économiques et environnementaux susceptibles d'améliorer le bien-être collectif (OMS, 1984 ; 1999 ; OMS, Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique, 1986).

Au Québec, les actions de PPS pour les aînés sont promues par la Politique « Vivre et vieillir ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec » et son plan d'action « Un Québec pour tous les âges » (Ministère de la Famille et des Aînés et MSSS, 2012 ; SAMF et MSSS, 2018). Ce plan d'action situe la participation sociale et la contribution des aînés au cœur d'un plan économique valorisant ainsi le travail, le bénévolat et la proche-aidance. Bien



qu'intéressante, cette vision contributive ne met pas l'accent sur des dimensions importantes et signifiantes de la participation sociale telles que le fait de réaliser des loisirs et de maintenir des activités et des contacts sociaux. Cette vision comporte également un risque de marginalisation de certains aînés en situation de vulnérabilité ou aux prises avec des incapacités et qui sont moins actifs sur le plan économique.

Avec leur conception holistique de la personne et leur expertise visant à promouvoir la santé par le biais d'activités signifiantes, les ergothérapeutes sont des intervenants de choix pour opérationnaliser et pour étendre les politiques québécoises et canadiennes sur le vieillissement. D'une part, des évidences scientifiques croissantes soutiennent l'efficacité et la rentabilité des interventions préventives en ergothérapie (Arbesman et Mosley, 2012 ; Rexe *et al.*, 2013 ; Stav *et al.*, 2012). D'autre part, la promotion d'un mode de vie sain intégrant des activités signifiantes représente la perspective unique de l'ergothérapie allant au-delà des prescriptions habituelles quant à l'exercice physique et au régime alimentaire ; une limite des interventions de santé publique (Gewurtz *et al.*, 2016).

Développé et expérimenté en Californie, le programme Remodeler sa vie® (*Lifestyle Redesign*®) est un programme préventif d'ergothérapie novateur et efficace qui a pour objectif le développement de modes de vie sains et personnellement signifiants chez les aînés en situation de vulnérabilité (Clark *et al.*, 2015). Élaboré sur le thème central de la santé à travers les activités quotidiennes, le *Lifestyle Redesign*® s'échelonne sur une période de six à neuf mois et combine une approche de groupe (8-10 personnes ; 2h/sem.) à des rencontres individuelles (1h/mois ; Clark *et al.*, 2015). Les groupes sont animés par un ergothérapeute formé et ils portent sur des thèmes d'importance pour les aînés (ex. : exercice, nutrition sécurité). Le programme a été évalué principalement par le biais de deux essais cliniques à répartition aléatoire (ECR) d'envergure (Clark *et al.*, 1997 ; Clark *et al.*, 2012) dont un premier où le *Lifestyle Redesign*® (groupe expérimental) était comparé à un groupe d'activités sociales (groupe témoin actif) ou à l'absence d'intervention (groupe témoin passif). Cette comparaison a permis de vérifier l'hypothèse selon laquelle le programme influencerait positivement la santé, le fonctionnement et le bien-être d'aînés. En plus de s'être avéré rentable (Clark *et al.*, 2012 ; Hay *et al.*, 2002), le programme a démontré des effets positifs sur le fonctionnement quotidien et la qualité de vie d'aînés en situation de vulnérabilité (Clark *et al.*, 1997 ; Clark *et al.*, 2012). De récentes études américaines (Pyatak

*et al.*, 2018 ; Simon et Collins, 2017) et québécoise (Lagueux *et al.*, en préparation) ont également appuyé l'efficacité du programme pour la gestion de la douleur chronique (Lagueux *et al.*, en préparation ; Simon et Collins, 2017) et du diabète (Pyatak *et al.*, 2018). En clinique, le *Lifestyle Redesign*® est également utilisée en complémentarité aux traitements médicaux pour la gestion du poids et la cessation du tabagisme ainsi qu'auprès de clientèles atteintes de troubles spécifiques tels que la sclérose en plaques, les troubles du sommeil, de santé mentale ou du spectre de l'autisme (Mrs. T. H. Chan Division of Occupational Science and Occupational Therapy, n/d). Le programme s'inscrit ainsi dans une approche préventive et proactive visant des changements réalistes et durables dans le quotidien des individus.

En dépit de son caractère innovant et des résultats probants qui y sont associés, l'influence du *Lifestyle Redesign*® sur les pratiques et les politiques américaines en santé est jugée sous-optimale (Clark *et al.*, 2013). Selon Florence Clark (2013), instigatrice principale du *Lifestyle Redesign*®, l'absence de plans de mise en œuvre et de diffusion des connaissances serait l'une des explications possibles. Au Québec le *Lifestyle Redesign*® a fait l'objet d'une étude de faisabilité (devis mixte), financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et réalisée auprès de 17 participants (avec et sans incapacités) à la suite d'une traduction canadienne-française du programme (Projets de la Pre Levasseur, # AOP — 137 652). Désignée sous le nom de « Remodeler sa vie® », cette version québécoise du *Lifestyle Redesign*® n'a cependant pas été implantée en milieu clinique et sa formation était, jusqu'à tout récemment, uniquement offerte en anglais. Actuellement, l'utilisation du programme Remodeler sa vie® par les ergothérapeutes québécois demeure, à notre connaissance, très limitée et restreinte au contexte de recherche. De plus, les résultats probants actuellement disponibles fournissent peu de renseignements pour soutenir le développement d'un plan adapté de mise en œuvre.

Afin d'optimiser leurs bénéfices, leur pérennité et leur généralisation à d'autres contextes de pratique (Stetler *et al.*, 2006), il importe de mieux comprendre les facteurs qui facilitent ou entravent la mise en œuvre d'innovations telles que le programme Remodeler sa vie®. Le but de cette étude était donc de documenter la préimplantation du programme Remodeler sa vie® en identifiant des facteurs d'influence à sa mise en œuvre en milieu communautaire québécois ainsi que des actions à entreprendre.

Ce mémoire expose les résultats d'une recherche-action portant sur l'adaptation culturelle de la formation traduite du programme Remodeler sa vie® et sur les facteurs d'influence cruciaux et précurseurs à son implantation, et ce, selon la perspective d'ergothérapeutes et de finissants en ergothérapie. Il se compose de cinq chapitres, le premier offrant une présentation des assises théoriques de l'étude ainsi qu'une synthèse des connaissances au sujet : 1) des effets du programme et 2) des facteurs susceptibles d'influencer la mise en œuvre d'innovations similaires au moment de leur préimplantation. Le chapitre 2 présente la question et les objectifs de recherche suivis, au chapitre 3, des méthodes de recherche utilisées. Les résultats sont, pour leur part, détaillés dans le chapitre 4. Avant de conclure, les principaux constats de l'étude, ses forces et limites ainsi que ses retombées pour la pratique et la recherche seront discutés au chapitre 5.

## **CHAPITRE 1**

### **RECENSION DES ÉCRITS**

Ce chapitre présente l'état des connaissances sur le *Lifestyle Redesign*® et les facteurs d'influence précurseurs à son implantation en milieu communautaire. Afin de bien situer le thème d'intérêt, la recension est présentée en trois volets. Le premier volet présente d'abord les assises théoriques de l'étude. Le deuxième volet dresse ensuite un portrait du *Lifestyle Redesign*® incluant son historique, ses fondements théoriques, sa conceptualisation, ses effets et son applicabilité clinique. Le troisième volet synthétise, pour sa part, les facteurs susceptibles d'influencer la mise en œuvre d'innovations semblables au *Lifestyle Redesign*® au moment de leur préimplantation.

#### **1.1 Assises théoriques**

Cette section présente les trois principales assises théoriques utilisées et leur contribution à la présente étude. Ces assises théoriques ont soutenu l'ensemble des étapes de l'étude et elles seront également utiles aux phases subséquentes de recherche. Le Cadre consolidé pour la recherche sur la mise en œuvre (CFIR ; Damschroder *et al.*, 2009) est d'abord présenté, suivi des modèles de réplication de programmes efficaces (Kilbourne *et al.*, 2007) et de planification des actions d'*advocacy* systémique (Carrier et Contandriopoulos, 2016).

##### ***1.1.1 Cadre consolidé pour la recherche sur la mise en œuvre (CFIR)***

Élaboré par Damschroder et ses collaborateurs (2009) à partir d'une synthèse de 19 théories portant sur la diffusion de l'innovation, le changement organisationnel et l'implantation, le Cadre consolidé pour la recherche sur la mise en œuvre (CFIR) est un cadre conceptuel pragmatique et multiniveaux axé sur la compréhension des facteurs individuels et contextuels susceptibles d'influencer l'implantation d'interventions, c'est-à-dire de tout programme, service, politique ou produit (Bowen *et al.*, 2009). Ce cadre conceptuel est l'un des plus cités et utilisés dans le domaine des sciences de la mise en œuvre (Birken *et al.*, 2017) et son opérationnalisation est supportée par un site web comprenant de nombreuses ressources en ligne (ex. : outil pour la création de guides d'entretien). Le CFIR propose une

typologie regroupant 39 construits à l'intérieur de cinq catégories de facteurs soit, ceux liés :

- 1) à l'intervention, incluant ses composantes essentielles et une zone d'adaptation possible au contexte local,
- 2) à l'organisation, référant à sa structure, sa culture, son climat et sa prédisposition envers l'implantation,
- 3) au contexte externe, impliquant des considérations politiques, économiques, technologiques, environnementales et sociales,
- 4) aux individus impliqués, incluant leurs connaissances, leurs croyances et leurs attributs personnels et
- 5) au processus d'implantation, soit celui allant de la planification à l'évaluation en passant par l'engagement, l'exécution et la réflexion (Figure 1).

Des études empiriques ont démontré l'utilité du CFIR, son applicabilité et son exhaustivité pour l'analyse (Breimaier *et al.*, 2015 ; Ilott *et al.*, 2013). Dans le présent projet, l'utilisation du CFIR, permet de mieux comprendre et d'expliquer, dans les différents contextes cliniques (ex. : centre de jour, CLSC, pratique privée), les facilitateurs et les obstacles potentiels à l'implantation du programme Remodeler sa vie®. Le caractère standardisé du CFIR optimise aussi la généralisation des résultats et, accroît la probabilité d'une implantation réussie du programme Remodeler sa vie® en milieu communautaire québécois. À la lumière des critiques formulées à l'endroit du CFIR, une attention particulière a été portée à certains facteurs d'importance qui pourraient ne pas être pris en compte par ce dernier (ex. : caractéristiques des usagers) ainsi qu'à certaines définitions (ex. : parties prenantes) dont la précision a été rapportée comme problématique par certains auteurs (Breimaier *et al.*, 2015 ; Damschroder et Lowery, 2013 ; Ilott *et al.*, 2013). Le CFIR est complété par le modèle de réplication de programmes efficaces (REP).

**Figure 1**

Cadre consolidé pour la recherche sur la mise en œuvre (CFIR)

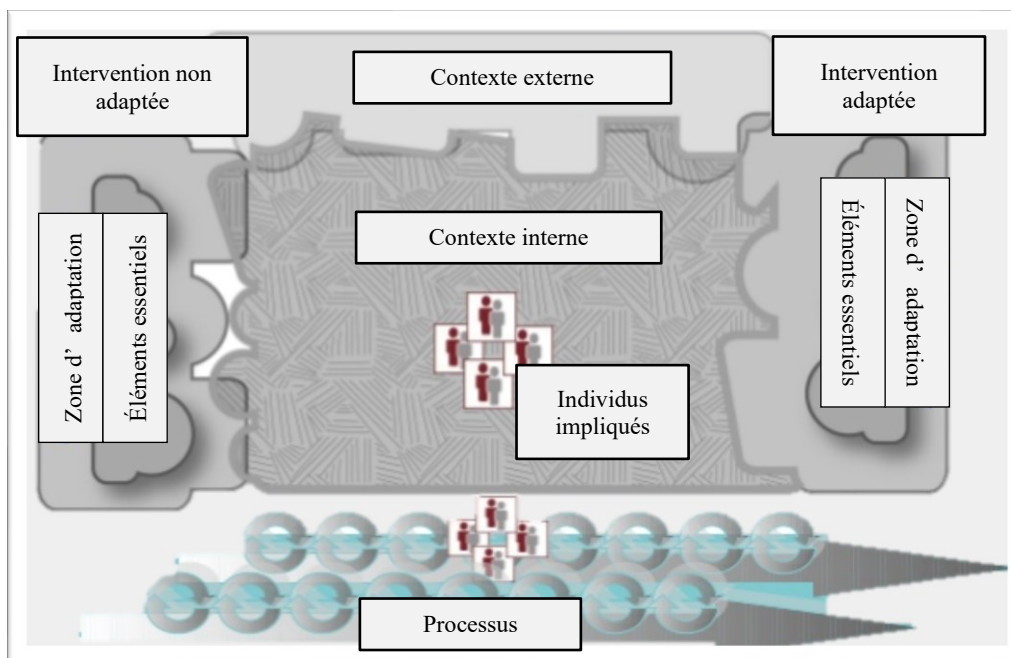


Figure traduite et adaptée de Damschroder *et al.* (2009). Reproduite avec l'autorisation de BioMed Central Ltd.

### ***1.1.2 Modèle de réplique de programmes efficaces (REP)***

Développé à partir de l'expérience des *U.S Centers for Disease Control and Prevention*, le REP est un modèle procédural spécifiant une séquence logique d'étapes et d'actions à entreprendre afin de guider le processus d'implantation d'interventions existantes et reconnues en milieu communautaire (Figure 2 ; Kilbourne *et al.*, 2007). Ce modèle consiste en des conseils pratiques sur quatre phases soit 1) la mise en place de conditions préalables (ex. : identifier les facilitateurs et les obstacles potentiels à l'implantation ; élaborer le manuel de l'utilisateur), 2) la préimplantation (ex. : tester le matériel ; offrir la formation), 3) l'implantation active (ex. : évaluer le processus d'implantation) et 4) la phase d'évolution et de maintien (ex. : publiciser les résultats). Ce modèle favorisera la transférabilité des résultats obtenus en contexte de recherche vers une application clinique présentant un juste équilibre entre la fidélité de l'intervention originale et les opportunités d'adaptation au contexte local. Puisque le présent projet porte sur la préimplantation du programme Remodeler sa vie®, le REP guidera les actions à réaliser en lien avec les deux premières

phases du modèle, soit celles relatives à la planification de l'implantation (Figure 2). Enfin, dans l'optique où le programme Remodeler sa vie® constitue un changement organisationnel complexe (ex. modification de l'offre de services, des pratiques et des missions), il importe de s'intéresser au rôle d'agent de changement social, lequel vise à influencer les décisions au niveau organisationnel et politique (Drolet *et al.*, sous presse).

**Figure 2**

Modèle de réplcation de programmes efficaces (REP) pour les interventions de soins de santé

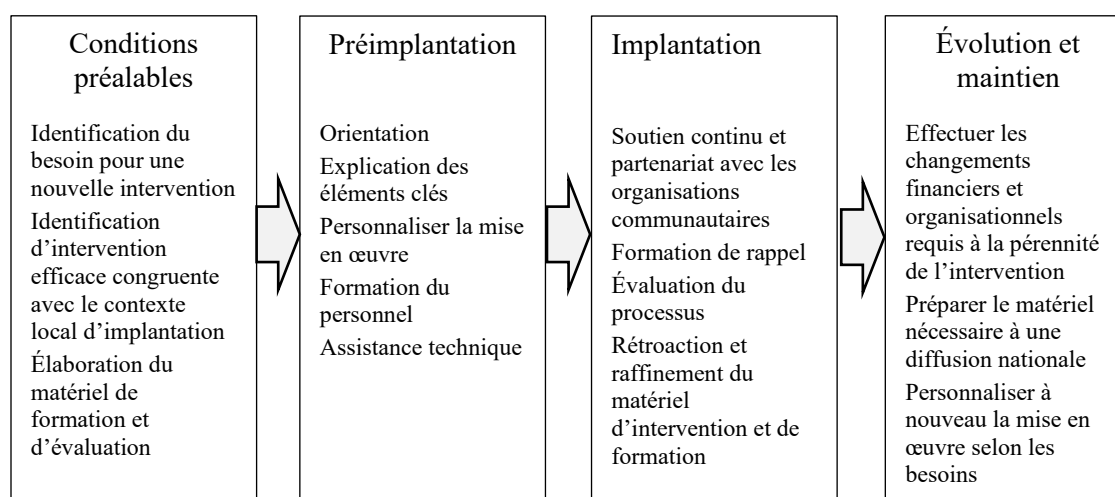


Figure traduite et adaptée de Kilbourne *et al.* (2007). Reproduite avec l'autorisation de BioMed Central Ltd.

### ***1.1.3 Le Modèle de planification des actions d'advocacy systémique***

Afin d'optimiser la qualité des services de santé, les ergothérapeutes ont une responsabilité professionnelle et éthique d'exercer un rôle d'agent de changement social (Drolet et Hudon, 2014), notamment en informant les décideurs organisationnels et politiques de nouvelles options thérapeutiques (Towsend et Polatajko, 2013) telles que le programme Remodeler sa vie®. En revendiquant une pratique plus préventive, les ergothérapeutes contribuent non seulement à l'amélioration des interventions cliniques, mais également à l'organisation globale du système de santé (Dorfman *et al.*, 2005). Pour faciliter l'adoption de ce rôle, Carrier et Contandriopoulos (2016) proposent le Modèle de planification des actions d'advocacy systémique (MPAS; Figure 3). Constitué de huit étapes itératives soit 1)

déterminer les objectifs ; 2) analyser et typer le contexte ; 3) fédérer des partenaires ; 4) déterminer le message clé ; 5) planifier les actions ; 6) déterminer le processus d'évaluation ; 7) planifier la collecte des données et 8) agir, évaluer et ajuster les actions, ce modèle permet de structurer le raisonnement et les actions spécifiques au rôle d'agent de changement social (ACS). Dans le cadre de la présente étude, le modèle de planification des actions d'*advocacy* systémique a servi d'appui théorique à l'animation du deuxième groupe de discussion.

**Figure 3**

Modèle de planification des actions d'*advocacy* systémique

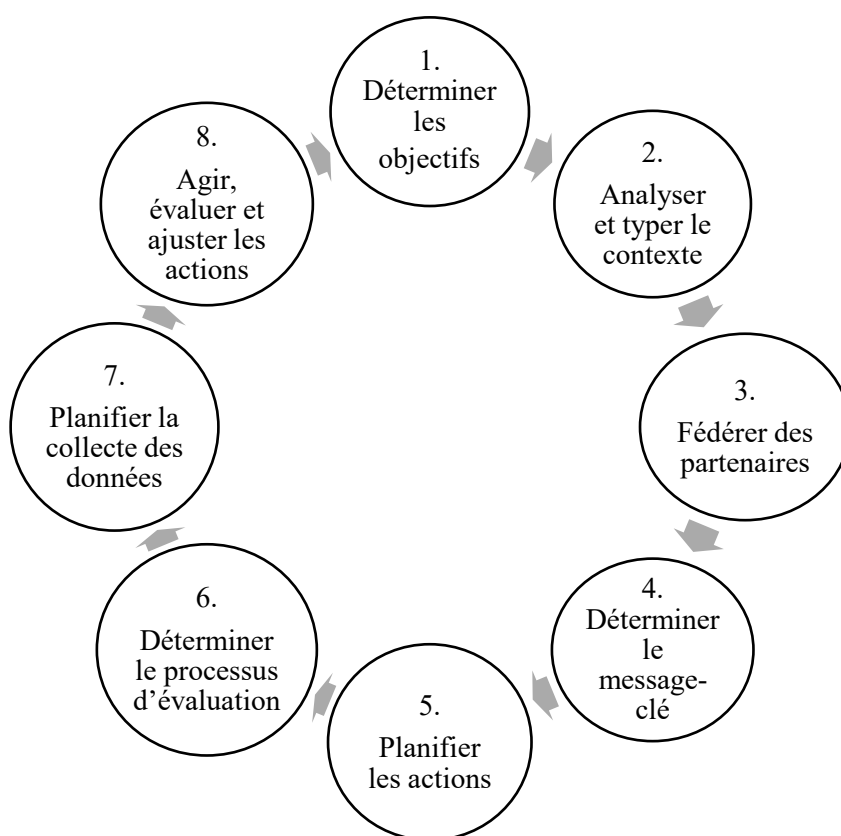


Figure tirée de Carrier et Contandriopoulos (2016). Reproduite avec l'autorisation d'Annie Carrier.

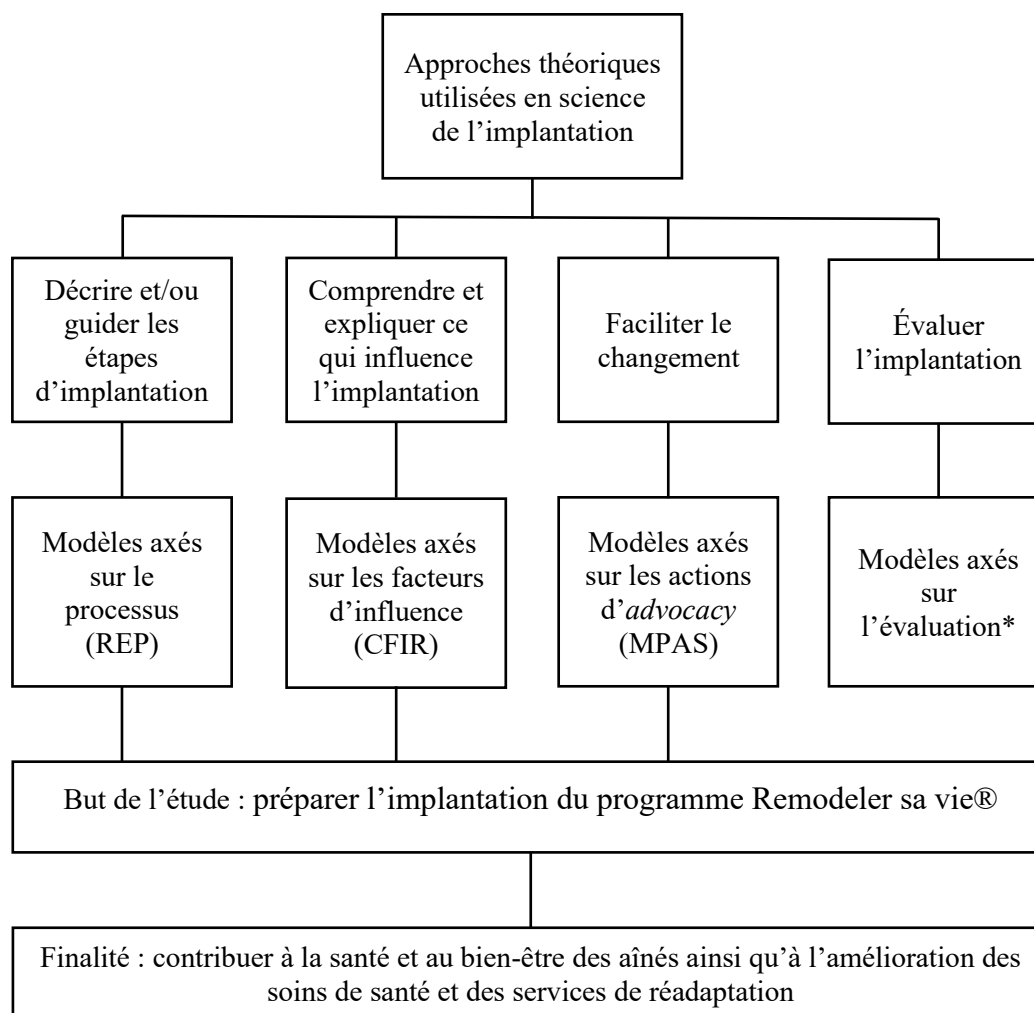
#### ***1.1.4 Complémentarité des différentes assises théoriques***

Les trois assises théoriques précédentes ont été retenues pour leurs apports complémentaires à la réalisation de la présente étude incluant sa finalité sur le plan sociétal (Figure 4). Inspirée des travaux de Nilsen (2015), ces assises théoriques rejoignent quatre approches théoriques utilisées en science de l'implantation (Figure 4). Ces approches théoriques adoptent des



perspectives différentes et poursuivent des objectifs complémentaires. Par exemple, les approches visant l'identification de facteurs d'influence (ex. CFIR) offrent souvent moins de détails sur les actions à entreprendre pour guider l'implantation (Nilsen, 2015). Inversement, bien qu'ils reconnaissent une séquence temporelle d'actions à entreprendre en vue d'une implantation réussie, les modèles procéduraux (ex. REP) ne permettent pas d'identifier les facteurs contributifs à cette réussite (Nilsen, 2015). Par ailleurs, puisque l'implantation de nouvelles pratiques requière la participation d'agents de changement (Cismigeanu, 2018), leur raisonnement et leurs actions gagnent à être structurés à l'aide de modèles axés sur l'*advocacy* systémique (ex. MPAS). De plus, afin de soutenir le changement, les outils intégrés à la conception du MPAS offriront une compréhension plus précise des facteurs contextuels et individuels ainsi que des stratégies communicationnelles efficaces. Enfin, puisque la présente étude s'inscrit dans une phase de préimplantation, aucun modèle axé sur l'évaluation de l'implantation n'a été retenu.

**Figure 4**  
Complémentarité des différentes assises théoriques



Légende : \* non applicable dans le cadre de la présente étude en raison de la phase de préimplantation

Figure adaptée de Nilsen, 2015

## 1.2 Lifestyle Redesign®

Les données présentées dans ce premier volet sont issues du manuel du programme Remodeler sa vie® (Levasseur *et al.*, en préparation) ainsi que d'une recension systématique sur les effets du programme et d'un groupe de discussion ayant servi à valider la pertinence et l'acceptabilité du programme auprès d'ergothérapeutes (Lévesque *et al.*, 2019a). Afin de dresser un portrait complet du programme, son historique, ses fondements théoriques et sa conceptualisation sont d'abord présentés, suivi de ses effets et son applicabilité clinique en milieu communautaire québécois.

### ***1.2.1 Historique et fondements théoriques***

Développé et étudié pour la première fois en 1994 à l'*University of Southern California* par l'équipe de Florence Clark, le *Lifestyle Redesign*® prend racine dans les évidences théoriques et empiriques des sciences de l'occupation : une discipline fondamentale soutenant l'exercice de l'ergothérapie par la production de savoirs au sujet de l'occupation humaine (Meyer, 2018). Définie comme un ensemble d'activités ou de tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification (Townsend, 2002), l'occupation comprend tout ce qu'une personne fait pour prendre soin d'elle (soins personnels), se divertir (loisirs) et contribuer à l'édifice social et économique de la société (productivité). Les réflexions théoriques sur le concept d'occupation et ses relations avec la santé, la qualité de vie et le bien-être sont au cœur des sciences de l'occupation. Pour la profession d'ergothérapie, ces réflexions ont d'abord mené à un changement paradigmatique, positionnant que les humains sont de nature foncièrement occupationnelle, qu'ils peuvent vivre des dysfonctions occupationnelles et que l'occupation peut servir d'agent thérapeutique pour prévenir la maladie et les incapacités (Molineux, 2007). Ces nouvelles connaissances ont ensuite trouvé leur application dans la pratique grâce à l'émergence de nouvelles modalités thérapeutiques comme le programme *Lifestyle Redesign*® qui vise le développement de répertoires d'occupations saines et significantes pour les aînés.

### ***1.2.2 Conceptualisation du programme***

La présente section fournit un aperçu de la conceptualisation du programme sous l'angle de sa structure, de ses idées centrales et de son contenu.

#### ***1.2.2.1 Structure du programme***

Tel que mentionné et afin de soutenir le développement d'occupations saines et significantes, le programme *Lifestyle Redesign*® s'échelonne sur une période de six à neuf mois et mise sur la combinaison d'approches de groupes (8-10 personnes ; 2h/sem.) et individuelles (1h/mois ; Clark *et al.*, 2015). Tout d'abord, l'utilisation du groupe comme méthode de dispensation des services comporte plusieurs avantages dont celui d'offrir un bon rapport coût-efficacité tout en permettant de rejoindre efficacement un nombre important de

personnes. De plus, en offrant un mélange de prévisibilité (ex. : horaire régulier) et de nouveauté (ex. : thèmes abordés), le groupe favorise un processus d'adaptation au changement. Ce processus est également soutenu par l'émergence de facteurs thérapeutiques opérant lors d'interventions de groupe (Posthuma, 2002). Selon Yalom (2015), ces facteurs thérapeutiques concernent, par exemple, l'identification de similitudes dans les expériences de vie des aînés ; le partage d'information, d'expérience, d'opinions et de réflexions personnelles ; le développement d'un sentiment d'espoir et d'appartenance ainsi que l'expérimentation de nouvelles façons de faire, notamment pour atteindre une vie plus saine. Dans le cadre du *Lifestyle Redesign*®, ces facteurs thérapeutiques se construisent principalement dans l'action et par le biais de différentes modalités de groupe incluant des présentations éducatives (ex. : conférenciers), des discussions entre les pairs, de l'expérimentation directe (ex. : essai d'aides techniques) et la participation à des activités variées (ex. : jeux de rôles). Enfin, c'est aussi dans l'action et en groupe que les aînés sont mis à contribution afin de planifier et d'expérimenter des sorties mensuelles dans la communauté. En plus de favoriser l'autonomie du groupe et l'application des concepts enseignés, ces sorties représentent des occasions d'appartenance, de connexion et de contribution aux autres et à la communauté. De façon complémentaire aux séances de groupe, les rencontres individuelles permettent, pour leur part, d'approfondir et de personnaliser le contenu discuté dans les groupes. Ces rencontres servent également à transmettre de l'information et d'autres recommandations ergothérapeutiques, à identifier les intérêts et les besoins particuliers de la personne, à favoriser son implication dans des occupations qu'elle juge significatives et à l'accompagner dans les changements qu'elle souhaite apporter à son mode de vie. Grâce à l'élaboration d'un plan d'engagement personnel, les rencontres individuelles sont une occasion pour l'ergothérapeute de mieux comprendre le fonctionnement et les motivations du participant, de renforcer les comportements souhaitables qu'il identifie, de le guider quant à la modification de comportements préjudiciables et de l'accompagner dans le suivi de ses progrès.

#### *1.2.2.2 Idées centrales du programme*

Le *Lifestyle Redesign*® s'appuie sur quatre idées clés (Figure 5). Premièrement, le programme permet aux participants **d'acquérir des connaissances** au sujet des associations entre les occupations et la santé. En comprenant ces associations, les gens possèdent un

ensemble d'outils leur permettant de redéfinir leur mode de vie. Plus précisément, les outils acquis par les participants lors du programme concernent la sélection raisonnée d'occupations saines, l'adaptation active (permettant d'affronter des situations de vie difficiles par la planification et l'action) et la signification expérimentée, c'est-à-dire la compréhension de l'importance unique détenue par certaines de nos occupations. Dans un deuxième temps, les participants sont invités à entreprendre un processus réflexif et analytique désigné sous le nom d'**autoanalyse occupationnelle**. Lors de ce processus, l'ergothérapeute facilite et encourage une conscientisation critique quant à l'importance, la signification et l'influence de ces activités sur le maintien de la santé. Les aînés réfléchissent ainsi à leurs choix occupationnels, à leurs rôles, à leurs routines, à leurs peurs, à leurs intérêts et à leurs objectifs. Compte tenu de la nature expérientielle du *Lifestyle Redesign*®, le programme vise également la **mise en place de stratégies** pour aider les aînés à relever les défis liés au vieillissement. Pour ce faire, le programme préconise l'expérimentation, l'essai-erreur et la prise progressive de risques dans le monde réel. Cet ancrage dans l'action est au cœur du programme et constitue l'élan qui permet aux gens de se dépasser et d'expérimenter des changements positifs dans leurs habitudes de vie. Enfin, les participants sont encouragés à **intégrer les habiletés et les compétences acquises** dans une routine quotidienne saine et durable. Le programme mise ainsi sur l'expertise et le pouvoir d'agir des aînés afin qu'ils contribuent activement au maintien de leur santé et qu'ils aient davantage de contrôle sur leur vie.

**Figure 5**

Idées centrales du programme *Lifestyle Redesign*® (Remodeler sa vie®)

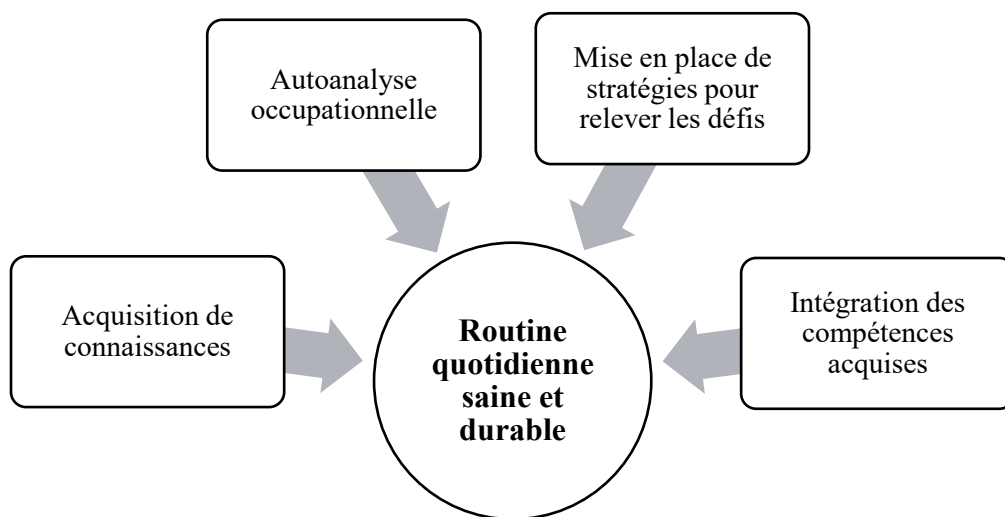


Figure traduite et adaptée de USC Chan Occupational Science and Occupational Therapy (2016). Reproduite avec l'autorisation de l'American Occupational Therapy Association

#### 1.2.2.3 Contenu du programme

La structuration du contenu clinique du *Lifestyle Redesign*® se compose de 12 thèmes développés à partir des préoccupations émises par des aînés lors d'une étude de besoins (Clark *et al.*, 1996). Articulés sous forme de modules, chacun des thèmes peut être complété sur une période d'environ un mois (Tableau 1). Le manuel du programme encourage par ailleurs l'adaptation du contenu à la réalité locale et il incite à la flexibilité dans le choix des questions et des activités. Des modules supplémentaires pourraient ainsi être créés et ajoutés à la programmation usuelle en réponse aux attentes et aux besoins spécifiques du groupe. À travers son contenu, le programme positionne l'occupation, et particulièrement celle à visée sociale, comme un déterminant de la santé et de la longévité. Les activités sociales sont également situées comme un vecteur de succès à l'intégration d'autres types d'activités dont physiques (ex. : s'entraîner avec des amis). Parmi les thèmes abordés, six (marqués d'un astérisque \* dans le Tableau 1) établissent un lien direct avec la participation sociale des aînés. Alors que le module intitulé 'Relations interpersonnelles et occupation' est entièrement consacré aux relations sociales, les modules 'Occupation, santé et

vieillissement’ ; ‘Temps et occupation’ ; ‘Repas et alimentation’ ; ‘Mobilité dans la communauté’ ; et ‘Sécurité à domicile et dans la communauté’ mettent plutôt en lumière l’influence de ces thèmes sur la participation des aînés à la société. En résumé, cet accent sur l’occupation et la participation sociale s’inscrit dans une approche de santé globale réunissant un ensemble de facteurs protecteurs contre les maladies chroniques, l’isolement et les incapacités.

**Tableau 1**  
 Contenu du programme *Lisfestyle Redesign*® (Remodeler sa vie®)

Thème du module	Aperçu du contenu	Exemples de questions	Exemples d'activités/sorties
<b>Occupation santé et vieillissement*</b>	Impact des activités quotidiennes sur la santé ; impact du vieillissement sur la répartition des activités et l'horaire occupationnel ; évaluation et adaptation des activités et de la routine.	▪ Quelles étaient les occupations de votre enfance, celles présentes et celles que vous avez cessées ?	▪ Prise de photo lors d'une occupation et partage avec le groupe
<b>Mobilité dans la communauté : transport et occupation*</b>	Ressources et stratégies permettant d'optimiser la mobilité dans la communauté (ex. : disponibilité, coût, accessibilité et impact du transport sur la réalisation d'activités.	▪ Quelle est l'influence du transport sur vos occupations ?	▪ Essai d'un nouveau moyen de transport en groupe
Déterminants de la longévité : différents types d'activité	Bénéfices de différents types d'activités (physiques, cognitives, productives, sociales, spirituelles) pour les aînés.	▪ Comment pouvez-vous intégrer des activités sociales dans votre vie quotidienne ?	▪ Remue-ménages d'activités favorisant la participation sociale
<b>Gestion du stress et de l'inflammation</b>	Effets du stress sur l'esprit et le corps ; relation entre l'inflammation et certaines maladies chroniques ; stratégies de gestion du stress.	▪ Quelles conséquences le stress a-t-il sur votre corps ?	▪ Pratique d'un exercice de relaxation
Repas et alimentation*	Le repas en tant qu'occupation ; impact de l'alimentation sur la santé ; comprendre les tableaux de valeurs nutritionnelles.	▪ Quelles sont les différences entre manger seul ou avec d'autres personnes ?	▪ Préparation d'un repas santé en groupe
<b>Temps et occupation*</b>	Façon d'utiliser le temps et impact sur les routines, la santé et le bien-être ; le temps linéaire et les occupations ; le temps cyclique et les occupations.	▪ Qu'est-ce qui rend difficile la gestion de votre temps ?	▪ Horaire occupationnel
Sécurité à domicile et dans la communauté*	Révision des principaux risques ; prévention des chutes ; préparation en cas d'urgence ; aides techniques ; sécurité dans la communauté.	▪ Quelles occupations contribuent ou font obstacle à la sécurité à domicile ?	▪ Jeux de rôle sur la sécurité
Relations interpersonnelles et occupations*	Développement de liens par le biais des occupations ; impact du vieillissement sur les relations sociales (solitude, isolement) ; compétence culturelle ; adaptation face aux pertes et aux deuils.	▪ Comment les occupations peuvent-elles être utilisées pour développer des relations interpersonnelles ?	▪ Partage de ressources de soutien disponibles dans la communauté.



Épanouissement	Signification de l'épanouissement ; regard sur le passé le présent et l'avenir.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qu'est-ce qui vous enthousiasme par rapport à l'avenir ?</li> <li>▪ Qu'est-ce qui vous effraie ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salon des plaisirs sains (bain de pieds, Tai Chi, jeux, etc.)</li> </ul>
Utilisation du système de santé et de services sociaux (SSSS)	Littératie en santé ; exploration de stratégies pour mieux communiquer avec les professionnels de la santé et mieux comprendre l'information échangée.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment accédez-vous à de l'information sur votre santé et sur les soins de santé ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Navigation sur Internet pour repérer les sources fiables d'information</li> </ul>
Hormones, vieillissement et sexualité	Effets du vieillissement sur les hormones et la sexualité ; facteurs qui influencent la sexualité à un âge avancé.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que pensez-vous de l'image de la sexualité à un âge avancé qui est véhiculée par la culture populaire et les médias ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jeu-questionnaire sur les mythes répandus au sujet de la sexualité et du vieillissement</li> </ul>
<b>Mettre fin au groupe</b>	Réflexion quant aux succès du groupe ; mise à jour du plan d'engagement personnel (PEP) ; cérémonie de graduation.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qu'est-ce qui vous aide à développer des habitudes et des routines nouvelles ou à long terme ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Révision et discussion du plan d'engagement de chacun</li> </ul>

**Légende :** \*thèmes établissant des liens avec la participation sociale des aînés ; **(en gras)** thèmes jugés importants pour l'ensemble des groupes.

### 1.2.3 Effets du programme

Les effets du programme ont été documentés à partir d'un processus systématique de recherche documentaire réalisé dans les principales bases de données du domaine de la santé (CINAHL, Embase, Pubmed, PsycInfo) et du vieillissement (Ageline) et incluant 34 mots clés relatifs à l'ergothérapie, à la clientèle aînée, aux interventions de promotion de la santé et au milieu communautaire (Tableau 2). La stratégie de recherche a été élaborée avec l'aide de deux bibliothécaires spécialisés en recherche en santé et a permis de repérer 762 articles (Figure 6). Les titres et les résumés des articles traitant du *Lifestyle Redesign*® et de programmes ergothérapiques auprès d'aînés (65 ans et plus) habitant dans la communauté qui s'en inspirent ont été vérifiés afin de retenir les études préexpérimentales (sans groupe témoin), quasi-expérimentales (sans répartition aléatoire) et expérimentales publiées en anglais ou en français. Afin de faciliter les comparaisons entre les études ainsi que l'évaluation de leur qualité, le volet qualitatif, découlant d'études mixtes, ainsi que les études dans lesquelles l'âge moyen des participants était de moins de 60 ans ou l'intervention n'était pas en lien avec le *Lifestyle Redesign*® ont été exclus (Figure 6). Parmi 762 articles repérés, un total de 9 articles ont été retenus. Enfin, une recherche manuelle, à partir des bibliographies des articles retenus, a permis d'ajouter deux études à la recension. L'extraction des données et des résultats significatifs (seuil des valeurs  $p$  fixé à  $< 0,10$  considérant la nature exploratoire et la petite taille d'échantillon de certaines études ; Noymer, 2008) a été réalisée par la candidate à l'aide du volet 'descriptif' de la Grille de Letts et coll. (2007). L'évaluation de la qualité des études a quant à elle été réalisée de façon indépendante par deux personnes (soit l'étudiante-chercheuse et une étudiante à la maîtrise en ergothérapie et à l'aide des dix critères du *Cochrane Collaboration's Tool for Assessing Risk of Bias* (Higgins et Green, 2011) : biais de sélection (1. répartition aléatoire ; 2. dissimulation de l'allocation ; 3. équivalence des groupes) de performance (4. participants aveugles ; 5. personnel aveugle) ; de détection (6. évaluateurs aveugles) ; d'attrition (7. données manquantes ; 8. analyse en intention de traiter) ; d'information (9. propos rapportés) et 10. tout autre biais. Les études présentant un faible risque de biais de sélection (domaine clé) et satisfaisant au moins la moitié des critères (Higgins et Green, 2011) ont été jugées de qualité élevée. Enfin, le niveau de preuve a été évalué pour chacune des variables à l'étude. Les études retenues portaient majoritairement sur les effets cliniques du *Lifestyle*

*Redesign*® (n=10 ; 90,9 %), mais aussi sur le coût-efficacité du programme (2 ; 18,2 %). Les recherches ont principalement (7 ; 63,6 %) eu lieu aux États-Unis par l'équipe qui a développé le programme, mais aussi ailleurs (4 ; 36,4 %), soit en Suède, en Norvège, en Angleterre et au Canada. Ces études ont été réalisées auprès de personnes âgées de 60 à 95 ans d'origine multiethnique, généralement recrutées à partir de ressources disponibles dans la communauté (unités d'habitation subventionnées, centres d'activités pour aînés, centres de jour, services de soutien à domicile, résidences et maisons de soins pour retraités ; Tableau 3). Les participants avaient un profil fonctionnel hétérogène incluant majoritairement des aînés autonomes et en santé (7 ; 63,6 %), mais aussi des aînés en situation de vulnérabilité (1 ; 9,1 %) ou présentant des incapacités attribuables à une maladie chronique (2 ; 18,2 %) ou à un accident vasculaire cérébral (AVC ; 1 ; 9,1 %). Les tailles d'échantillons variaient entre 16 et 460 aînés. Dans l'ensemble des études à visée clinique (10), quatre domaines de la santé mentale et quatre domaines de la santé physique associés à la qualité de vie tels que mesurés par le Medical Outcomes Study (MOS) Short Form General Health Survey (SF-36) ont été documentés (Tableau 3). Utilisés de façon moins constante dans ces dix études, d'autres outils ont permis de vérifier les effets portant sur 23 autres variables cliniques et trois variables économiques.

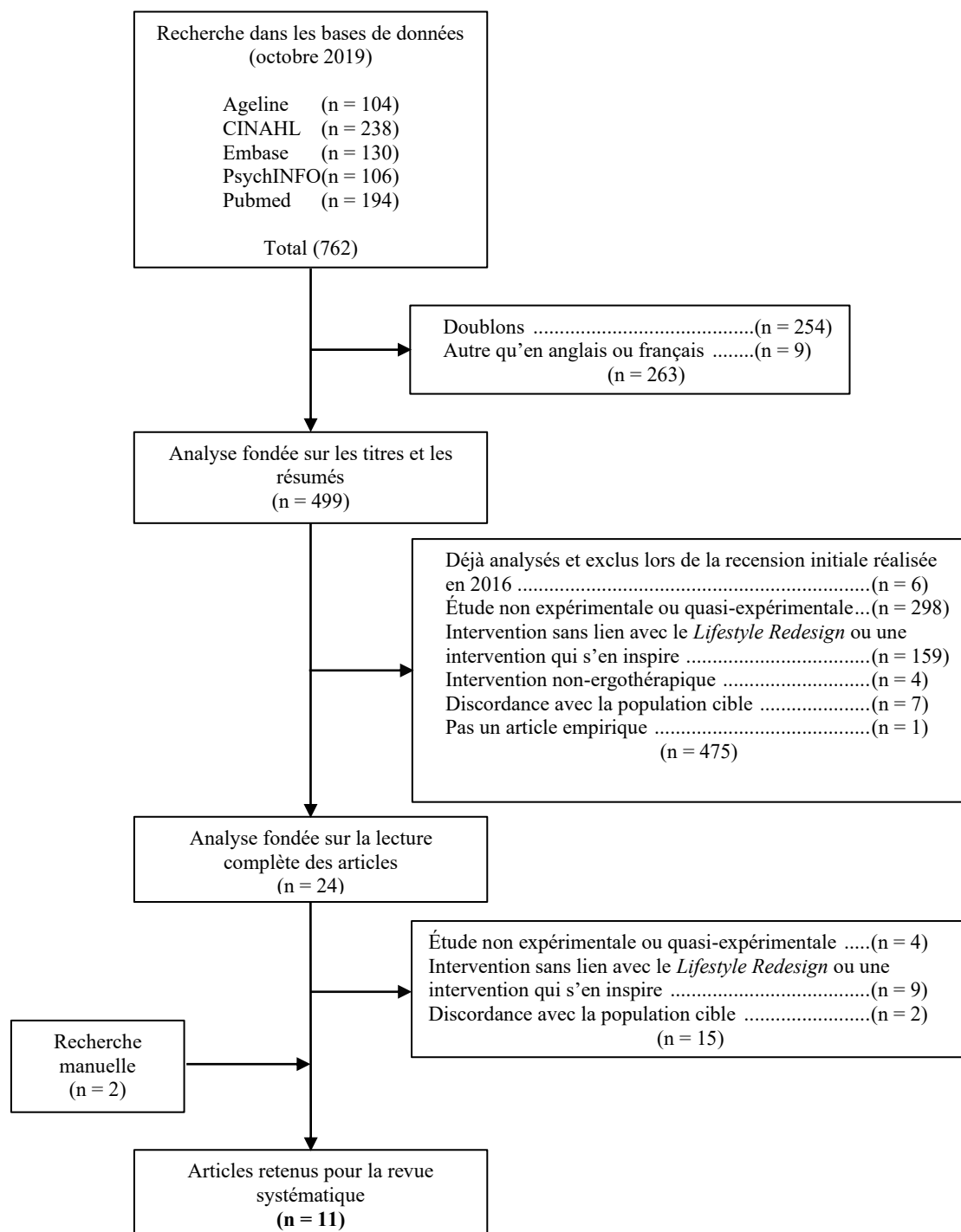
**Tableau 2**

Stratégie de recherche documentaire (1<sup>er</sup> volet : *Lifestyle Redesign*®)

Bases de données consultées : Ageline ; CINAHL, Embase, Medline et PsycINFO

Catégories de mots clés	Ergothérapie	Clientèle	Intervention	Première ligne
Vocabulaire libre	Occupational therap*	Older people Older person* Older adult* Elder* Old age Senior* Gerontolog* Geriatr* Aging Ageing	“Well elderly” Lifestyle Life Style Wellness Health promot* Quality of Life Well-being Occupation based Preventive health program* Prevent*	Primary care Primary Health care Primary healthcare Community dwelling* Community health service* Community living Independent living
Vocabulaire contrôlé	Occupational therapy	Aged	Health Promotion Life style	Primary Health Care Community health services
<div style="text-align: center;"> </div>				

**Figure 6**  
 Organigramme méthodologique du 1<sup>er</sup> volet de la recension  
 (*Lifestyle Redesign*®)



**Tableau 3**Caractéristiques des études pourtant sur les effets du *Lifestyle Redesign*® et d'autres programmes dérivés

<b>1<sup>er</sup> auteur (année)</b>	<b>Pays</b>	<b>Profil des participants / Objectif</b>	<b>Devis</b>	<b>Nb ; âge</b>	<b>Intervention</b>	<b>Niveau de confiance</b>
1. Clark (1997)	É-U	Aînés autonomes d'origine multiethnique / Étudier les effets du LR	ECR	361 ; 60+	LR, 9 mois, 2h/sem.	Élevé
2. Clark (2001)	É-U	Idem Clark (1997) / Évaluer le maintien des gains thérapeutiques 6 mois post-intervention	Étude de suivi ECR	285 ; 60+	6 mois sans intervention	Élevé
3. Clark (2012)	É-U	Aînés autonomes - communauté / Évaluer le coût-efficacité et les effets du LR	ECR	460 ; 60+	LR, 6 mois, 2h/sem.	Élevé
4. Hay (2002)	É-U	Idem Clark (1997) / Évaluer le coût-efficacité du LR	ECR	163 ; 60+	Idem Clark et al., 1997	Élevé
5. Horowitz (2004)	É-U	Aînés préfragiles ou avec maladies chroniques - centre de jour / Évaluer les effets du LR	ECR	28 ; 55+	LR, 16 sem., 1.5 h/sem.	Faible
6. Jackson (2000)	É-U	Aînés d'origine chinoise - communauté / Évaluer les effets d'une version mandarine du LR	ECR	96 ; 60+	LR, 9 mois, 2h/sem.	Élevé
7. Johansson (2016)	Suède	Aînés autonomes - communauté / Évaluer les effets d'une version suédoise inspirée du LR	Q-E	40 ; 72+	Dérivé du LR, 4 mois, 2h/sem.	Faible
8. Lund (2012)	Norvège	Aînés survivants d'AVC – clubs de l'âge d'or / Évaluer les effets d'une version inspirée du LR combinée à des activités physiques	ECR	99 ; 65+	Dérivé du LR, 9 mois, 2h/sem.	Élevé
9. Matuska (2003)	É-U	Aînés autonomes – complexes d'habitation pour aînés / Évaluer les effets d'une version dérivée du LR	P-E	65 ; 70+	<i>A Life of Wellness</i> , 6 mois, 1.5 h/sem.	Faible
10. Mountain (2008)	Angleterre	Aînés fragiles / Étudier les effets et la faisabilité d'implanter une intervention dérivée du LR	P-E	28 ; 60+	<i>Lifestyle Matters</i> , 6 mois	Faible
11. Levasseur (2019)	Canada	Aînés avec et sans incapacités – communauté / Explorer l'influence de la version québécoise du LR	P-E	16 65+	LR (version québécoise), 6 mois, 2h/sem.	Faible

### 1.2.3.1 Résultats cliniques

Pour plusieurs variables, le programme *Lifestyle Redesign*® serait plus efficace qu'une participation à des activités sociales ou qu'au fait de ne recevoir aucune intervention. Sur le plan clinique, les résultats les plus probants concernent le maintien ou l'amélioration de la satisfaction envers la vie, de la qualité de vie, de la qualité des interactions, de la vitalité, du fonctionnement social, de la santé mentale, de la perception de la santé, du fonctionnement physique, du contrôle de la douleur et des rôles physiques (Tableau 4). Selon l'étude de suivi réalisée par Clark et ses collègues (Clark *et al.*, 2001), la grande majorité (90,0 %) des gains thérapeutiques seraient maintenus six mois après la fin du programme. Enfin, malgré des améliorations observées sur la santé et la participation sociale des aînés, la plupart des programmes dérivés du *Lifestyle Redesign*® n'ont pas conduit à des différences statistiquement significatives.

### 1.2.3.2 Résultats économiques

Deux articles (20,0 %) ont présenté une analyse du coût-efficacité du *Lifestyle Redesign*®. Les résultats concernent le coût du programme, le rapport coût-utilité (coût/QALY) et les dépenses associées à l'utilisation des soins et des services de santé. Hay et ses collègues (2002) ont calculé un coût moyen du *Lifestyle Redesign*® de 548 \$ US par participant pour une période de neuf mois. De leur côté, Clark et ses collaborateurs (2012) l'ont estimé à 783 \$ US par participant pour un programme de six mois. Ces deux études ont aussi situé le coût/QALY sous les 50 000 \$ (respectivement 10, 066 et 41, 218 \$ US), soit une intervention jugée rentable (Garber et Phelps, 1997 ; Graham *et al.*, 1998). Enfin, Hay et ses collègues (2002) ont enregistré, lors de la phase de suivi, des coûts similaires d'utilisation des soins et des services de santé des participants relativement aux frais médicaux (hospitalisations, consultations en clinique, à domicile, en externe et à l'urgence) et d'aide à domicile (ex. emplettes, entretien ménager) lors de la phase de suivi pour les trois groupes ( $p = 0.14$ ). Une baisse de ces coûts est toutefois observée pour le groupe d'intervention (967 \$ US/participant) comparativement aux groupes témoins actif (1 726 \$ US) et passif (3 334 \$ US).

Tableau 4

Effets cliniques et économiques du *Lifestyle Redesign*® et d'autres programmes dérivés

Résultante (outils)	Répartition des études			Qualité de la preuve	Nombre d'études
	+	-	Ø		
Vitalité (SF-36)	[1;3;5;9]		[2;6;7;8;10;11] Ø	Modérée ~	10
État général de santé mentale (SF-36)	[1;3;9]+		[2;5;6;7;8;10;11] Ø	Modérée ~	10
Douleur physique (SF-36)	[1;3;9]+		[2;5;6;7;8;10;11] Ø	Modérée ~	10
Fonctionnement physique (SF-36)	[1;3;9]+		[2;5;6;7;8;10;11] Ø	Modérée ~	10
État général de santé (SF-36)	[1;3]+		[2;9;5;6;7;8;10;11] Ø	Faible ~	10
Composante physique (SF-36)	[9]+		[5;7;10;11] Ø	Faible	5
Composante mentale (SF-36)	[5;9]+		[7;10;11] Ø	Faible	5
Symptômes dépressifs (CES-D ; GDS ; HADS)	[9]+		[1;3;6;7;8] Ø	Modérée*	6
Perception de la santé (MOS)	[1]+		[3] Ø	Modérée	2
Anxiété (HADS)			[8] Ø	Modérée*	1
Fonctionnement cognitif (Trail Making A et B; WLP ; WAISR)			[8;9] Ø	Modérée*	2
Aptitudes physiques et mentales influençant la participation dans les loisirs (PL)			[11] Ø	Très faible	1
Limitations dans les rôles - Santé (SF-36)	[1;2;3]+	[11]	[5;6;7;8;9;10] Ø	Modérée ~	10
Limitations dans les rôles - Émotions (SF-36)	[1;3]+		[2;5;6;7;8;9;10;11] Ø	Faible ~	10
Sentiment de maîtrise/contrôle (PM)			[6] Ø	Très faible*	1
Intérêt envers la pratique des loisirs (PL)	[11]+			Très faible	1
Désir de modifier sa pratique de loisirs (PL)		[11]		Très faible	1
Attitude envers les loisirs (PL)			[11] Ø	Très faible*	1
Satisfaction psychosociale (FSQ)			[6] Ø	Très faible	1
Qualité des interactions (FSQ)	[1;3]+		[6] Ø	Modérée ~	3
Locomotion et équilibre (TUG)			[8] Ø	Modérée*	1
AVQ (FSQ ; Index de Barthel ; MCRO)			[1;3;6;7;8] Ø	Élevée*	5
AVD (FSQ ; MCRO)			[1;3;6;7;8] Ø	Élevée*	5
Espace de déplacements (LSA)		[11]		Très faible	1
Fonctionnement social (SF-36)	[1;3;5;9]+		[2;6;7;8;10;11] Ø	Modérée ~	10
Activités sociales (FSQ)			[1;3;6] Ø	Modérée*	3
Participation sociale (FPS)			[11] Ø	Très faible*	1

Fréquence des activités de loisirs (PL)	[11]	Très faible*	1
Fréquence des communications écrites ou téléphoniques avec les proches (Questionnaire maison)	[5] † (hausse de 9.0 % du nombre moyen de participants qui ont communiqué plus de 3x/sem. avec leurs proches)	Très faible	1
Satisfaction occupationnelle (MCRO)	[8] Ø	Modérée*	1
Fréquence de participation à des activités et degré de signifiante (MAPA, Questionnaire maison)	[5] † (hausse de 10 % de la moyenne des participants qui ont pris part à des activités sociales ou communautaires)	Modérée*	2
	[10] Ø		
Obstacles environnement social (PL)	[11]	Très faible	1
Obstacles environnement physique (PL)	[11] Ø	Très faible	1
Coût-utilité	[4;9]† (intervention rentable soit sous les 50 000 \$/QALY)	Modérée	2
Coût du programme par individu	[4;9] † (783 \$ pour 6 mois et 548 \$ pour 9 mois)	N/A	2
Coûts d'utilisation des services de santé par individu.	[4] Ø	Modérée*	1
Moyenne des QALYs	[4;9] +	Modérée	2
Satisfaction envers la vie (LSI-Z)	[1;9] + [3;6;10] Ø	Modérée	5

**Légende :** † : valeur de  $p$  non rapportée ; AVD : activités de la vie domestique ; AVQ : activités de la vie quotidienne ; CES-D : *Center for epidemiologic Studies Depression Scale* ; FPS : Fréquence de participation à 10 activités sociales (questions liées à la participation sociale de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes – Vieillesse en santé ; FSQ : *Functional Status Scale* ; HADS : *Hospital Anxiety and Depression Scale* ; GDS : *Geriatric Depression Scale* ; LSA : *Life-Space Assessment* ; LSI-Z : *Life Satisfaction Inventory-Z* ; MAPA : *Meaningful Activity Participation Assessment* ; MCRO : Mesure canadienne du rendement occupationnel ; MOH : Modèle de l'occupation humaine ; MOS : *Medical Outcomes Study Health Perception Survey* ; PL : Profil du loisir ; PM : Pearlman & Schooler's Mastery Scale ; QALYs : *Quality-Adjusted Life Years* SF-36: *Short Form General Health Survey* ; TUG: *Timed up and go* ; WAISR : *Weschler Adult Intelligence Scale-Revised (Digit Symbol Substitution Task)* ; WLP : *Word List Procedure*.

+ : Résultats significatifs en faveur de l'intervention  $p < .10$

- : Résultats significatifs en défaveur de l'intervention  $p < .10$

Ø : Aucune différence entre les groupes d'intervention et témoin ou entre les mesures pré et post-intervention

**En gras : étude de niveau de confiance élevé.**

*En italique : étude portant sur le programme original*

Interprétation du niveau de preuve selon le système GRADE (Higgins & Green, 2011) :

Élevée : Très peu probable que des recherches ultérieures changent le niveau de confiance quant à l'estimation de l'effet

Modérée : D'autres recherches auront vraisemblablement un impact important sur le niveau de confiance quant à l'estimation de l'effet et pourraient changer l'estimation

Faible : Il est fort probable que d'autres recherches auront un impact important sur le niveau de confiance quant à l'estimation de l'effet et changeront l'estimation

Très faible : Estimation très incertaine

\* Niveau de preuve indiquant qu'il n'y a pas d'effet de l'intervention

~ Maintien des acquis six mois post-intervention



### 1.2.3.3 Résultantes d'implantation

De façon complémentaire aux études sur les effets cliniques et économiques, cinq études ont documenté des résultantes d'implantation du *Lifestyle Redesign*® dont la faisabilité, une des variables communément ciblées par les études sur la mise en œuvre (Peters *et al.*, 2013). Tout d'abord, Mountain *et al.* (2008) ont examiné la faisabilité d'implanter un programme dérivé du *Lifestyle Redesign*® selon les opportunités et les défis liés au recrutement et à la rétention des participants. Les résultats font état d'une faible attrition des participants (2/28), mais de difficultés importantes à recruter les aînés. Afin de composer avec la perception des cliniciens relativement à une durée trop longue du programme et à des exigences considérables en matière de ressources, Cassidy *et al.* (2017) ont ensuite montré la faisabilité d'une version de trois mois, et ce, au regard des ressources humaines, matérielles et financières. Cette étude n'a cependant pas documenté l'efficacité du programme. Par ailleurs, l'étude de Pyatak et ses collaborateurs (2019) a porté sur l'acceptabilité, la faisabilité, la fidélité, l'efficience ainsi que le caractère approprié et opportun de la mise en œuvre d'un programme *Lifestyle Redesign*® adapté (rencontres individuelles 1x/semaine) à la clientèle diabétique. Similairement, Hill et ses collaborateurs rapportent la faisabilité d'un programme de trois mois, inspiré du *Lifestyle Redesign*® et s'adressant à des adultes d'âge moyen (40 ans et plus) ayant été victimes d'un AVC ou d'un accident ischémique transitoire. Enfin, l'étude de Schepens Niemiec *et al.*, 2018 a montré la faisabilité d'un programme de 16 semaines adapté à la culture hispanophone (*¡ Vivir Mi Vida !*), et ce, auprès d'adultes d'âge moyen (50-64 ans) habitant en milieu rural. En somme, les résultats de ces études appuient la faisabilité du programme dans un contexte de renforcement de l'offre de services en soins primaires. Parmi les facteurs susceptibles d'entraver le succès de l'implantation du *Lifestyle Redesign*®, figurent la méconnaissance des clients et du personnel quant au rôle et au champ d'exercice de l'ergothérapeute, la disponibilité d'espaces de travail adéquats et l'établissement d'une trajectoire de référence efficace (Pyatak *et al.*, 2019). Inversement, le fort appui des gestionnaires, le partage interdisciplinaire des espaces et des dossiers, la formation uniforme des clients et des prestataires de soins sur la profession d'ergothérapeute ainsi que le soutien des autres professionnels de la santé quant au processus de repérage de référencement des clients sont parmi les principaux facilitateurs à l'implantation du programme. Au regard de ces études, il apparaît que le *Lifestyle Redesign*®, tout comme

plusieurs autres interventions favorisant la participation sociale des aînés (Raymond *et al.*, 2015), n'a été que minimalement étudié sous l'angle des éléments favorisant et entravant sa mise en œuvre.

#### ***1.2.4 Applicabilité clinique en milieu communautaire québécois***

Afin de valider la pertinence et l'applicabilité clinique des évidences recensées, un groupe de discussion semi-structuré a été mené auprès de quatre ergothérapeutes volontaires œuvrant en centres locaux de services communautaires (CLSC) et en centre de jour dans la région de [nom de la région retirée à des fins de confidentialité] (Lévesque *et al.*, 2019a). D'une durée de deux heures, cet entretien a été animé par la candidate préalablement à la présente étude et il portait sur la place, la pertinence et l'applicabilité du *Lifestyle Redesign*® dans l'offre de services de première ligne au Québec. Des conditions essentielles à l'implantation du programme ont également été identifiées lors de cet entretien.

Dans la pratique communautaire des ergothérapeutes, les activités de promotion de la santé semblent occuper une place plutôt théorique et elles seraient souvent reléguées au second rang au profit d'interventions visant la compensation des incapacités. Considérant son apport pour rejoindre des aînés en situation de vulnérabilité qui sont généralement sur la liste d'attente pendant plusieurs mois, les ergothérapeutes considèrent le programme comme étant pertinent, et ce, sans équivoque. Afin de rejoindre ces aînés, un partenariat public, privé et communautaire serait à considérer. Relativement au contenu du programme, les ergothérapeutes jugent qu'une importance plus marquée devrait être accordée à certains thèmes (sécurité à domicile et utilisation des moyens de transport) et que certaines activités (ex. : sur les fêtes culturelles américaines) gagneraient à être mieux adaptées au contexte québécois. Tout comme pour les activités du programme, les ergothérapeutes sont d'avis que les stratégies d'implantation doivent être adaptées au contexte québécois et qu'elles doivent considérer notamment les possibilités de partenariats entre les secteurs public, privé et communautaire. Ces stratégies devraient également prendre en compte différents facilitateurs et obstacles (Tableau 5). Si les principaux obstacles sont d'ordre politique et organisationnel (ex. : manque de ressources humaines et financières), les facilitateurs pointent davantage vers les individus impliqués (volonté de s'impliquer) et les caractéristiques du programme (ex. : évidences scientifiques). Par ailleurs, le fait de

convaincre les décideurs du bien-fondé de l'intervention, de mettre en place les ressources humaines et matérielles requises et d'obtenir l'intérêt et l'implication des ergothérapeutes constitueraient trois conditions essentielles à l'implantation du *Lifestyle Redesign*®. Ultimement, les ergothérapeutes reconnaissent que l'intégration du *Lifestyle Redesign*® représente un important changement de pratique dont les retombées seraient à plus long terme. Parmi ces retombées, le programme pourrait permettre d'offrir une réponse mieux adaptée aux besoins des aînés tout en procurant une plus grande satisfaction, et ce, à la fois pour la clientèle et les intervenants.

**Tableau 5**

Synthèse des facilitateurs, des obstacles, des retombées et des défis à l'implantation du

*Lifestyle Redesign®*


<b>Facilitateurs</b>	<b>Obstacles</b>	<b>Retombées anticipées</b>	<b>Défis anticipés</b>
Compatibilité entre les volontés ministérielles et la mission organisationnelle	Écarts entre les engagements ministériels et leur actualisation	Réponse adaptée aux besoins de la clientèle aînée grâce aux sessions de groupe et au suivi individuel	Changement de pratique important (agir en amont des incapacités)
Volonté d'avoir une meilleure accessibilité des services	Traduction et adaptation du <i>Lifestyle Redesign®</i>	Responsabilisation des clients par une meilleure connaissance de leurs ressources	Possible ↑ de la liste d'attente à court terme, mais ↓ à long terme
Milieu et clientèle propices à l'implantation	Manque de ressources humaines, \$ et matérielles	↓ possible des coûts de soins et de services de santé	Réorganisation des ressources humaines
Intervenants prêts à s'impliquer	Peu de projets de recherche dans le milieu clinique	↑ de la satisfaction des aînés et des intervenants	Résultats observables à long terme
<i>Lifestyle Redesign®</i> jugé rentable (< 50 000 \$/QALY)	Nécessite de convaincre plusieurs décideurs	Rayonnement pour l'établissement	
<i>Lifestyle Redesign®</i> comble un manque dans le continuum de services	Préservation du caractère ergothérapique du <i>Lifestyle Redesign®</i>		
Ouverture de l'organisation envers les modalités de groupe	Divergence de vision quant à la santé communautaire  Contraintes administratives (ex. : statistiques principalement pour les interventions individuelles) et professionnelles (ex. : notes aux dossiers)		

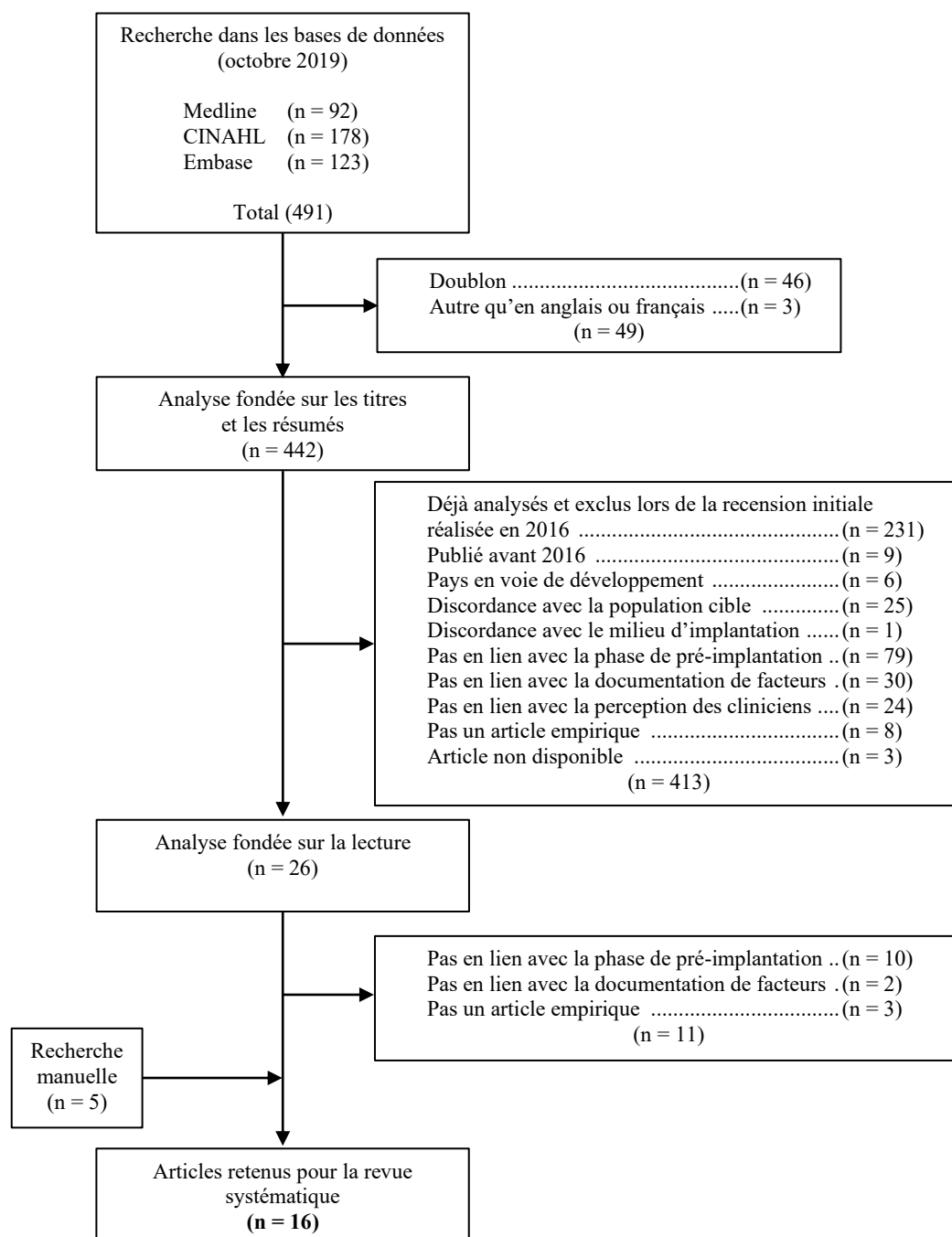
### **1.3 Facteurs d'influence à l'implantation d'innovations au moment de leur préimplantation**

Réalisé selon une stratégie de recherche documentaire similaire au premier volet de la recension (Tableau 6), ce deuxième volet traite des facteurs susceptibles d'influencer la préimplantation d'innovations. Considérant le nombre limité d'écrits scientifiques portant sur l'implantation du *Lifestyle Redesign*®, d'autres interventions de PPS offertes en milieu communautaire ont été incluses à la recension. Les études ne portant pas sur des interventions ou des programmes (ex. politiques), n'incluant pas de données sur la phase de préimplantation ou n'étant pas en lien avec la population cible (aînés) ont été rejetées. Similairement aux résultats de la recension systématique de Kirk et ses collaborateurs (2016), une minorité d'études repérées incluaient des données sur la phase de préimplantation (Figure 7). Parmi les 16 études retenues, plusieurs ont identifié des facteurs d'influence préalables à l'implantation et correspondant à ceux du CFIR (facteurs liés à l'intervention, à l'organisation, au contexte externe, aux individus et au processus d'implantation ; Damschroder *et al.*, 2009)

**Tableau 6**Stratégie de recherche documentaire (2<sup>e</sup> volet : préimplantation)

Bases de données consultées : Ageline, CINAHL, Embase, Medline et PsycINFO

Catégories de mots clés	Intervention	Préimplantation	Clientèle	Facilitateurs et Obstacles	Professionnels de la santé en première ligne
Vocabulaire libre (Titre/ Résumé)	<b>OR</b> “Well elderly” Lifestyle Life Style Health-promot* Prevent* Health intervention* Health program*	Implement* Pre-implement* Pre-condition* Pre-program* Phase N1 (first, exploratory) Program N3 (evaluation or development) appropriation Program development Program evaluation Process evaluation	Ageing Aging Old age Old* adult* Old* person* Old* people Old* patient* Elder* Geriatric* Senior* Gerontolog* Retired	Barrier* Facilitat* Obstacle* Enable* Supports Intention* Belie* Change N3 (behavior?, commitment, acceptance, reaction, predisposition) Readiness Agency, Capacit* Capabilit* Preparedness Habit* Knowledge* Attitude*	Primary care Primary health care Primary healthcare Community health service* Public health Health sector Community project* Community-based Community dwelling* Community living Independent living Health professional* Occupational therap* Physical therap* Physiotherapist* Nurse*
Vocabulaire contrôlé	Health promotion Life style	Health plan implementation Diffusion of innovation	Aged	Attitude of health personnel Attitude to change	Primary health care Health personnel Occupational therapist Physical therapist Nurses
					

**Figure 7**Organigramme méthodologique du 2<sup>e</sup> volet de la recension (préimplantation)

### ***1.3.1 Facteurs liés à l'intervention***

Les facteurs liés à l'intervention correspondent aux caractéristiques du programme susceptible d'affecter l'implantation telles que ses avantages et ses éléments de complexité. Les écrits analysés montrent que, tel que perçu principalement par des cliniciens, les facilitateurs à l'implantation d'une innovation sont liés au fait d'avoir un programme flexible, issu de la recherche, s'appuyant sur des évidences scientifiques, adapté et adaptable en fonction des besoins, de la pratique et du contexte des utilisateurs, démontrant des résultats pratiques et proposant de la formation, du soutien, de l'encadrement et du matériel facilement utilisable (Tableau 7).

### ***1.3.2 Facteurs liés à l'organisation***

Les facteurs organisationnels concernent les contextes structurels, politiques et culturels du milieu dans lequel l'implantation prendra place. Les résultats des études antérieures identifient de nombreux facteurs favorables au processus d'implantation tel que l'expertise de l'organisation, la reconnaissance d'un besoin non répondu dans la communauté, la pression des pairs, la mise en place de rappels et de rétroaction ainsi qu'une meilleure utilisation des ressources informationnelles existantes (Tableau 7). De la même façon, la préimplantation est facilitée par la formation du personnel, l'utilisation de matériel éducatif pour les clients, la collaboration et la communication entre les parties prenantes, la nomination d'un coordonnateur de projet ainsi que des objectifs d'implantation précis, des indicateurs de résultats clairs et mesurables et des enjeux d'intervention bien définis et consensuels. Plus spécifiquement en lien avec la formation, l'entraide et le partage d'expérience entre les parties prenantes sont favorisés par une formule de groupe, en présentiel, brève et présentant des exemples d'implantations réussies (Tableau 7). En contrepartie, les facteurs suivants sont fréquemment rapportés comme des entraves à l'implantation : le manque de temps, les difficultés d'accès, d'utilisation ou de pérennisation des ressources humaines, matérielles et financières ainsi que les restrictions liées aux politiques, aux mandats organisationnels et à certaines règles inhérentes à la pratique professionnelle. D'autres facteurs défavorables sont liés aux demandes concurrentes, au roulement de personnel, à la disponibilité limitée du personnel de soutien, à la résistance au changement de la part des professionnels ainsi qu'au manque de communication et de coordination intra et interorganisations (Tableau 7).



### ***1.3.3 Facteurs liés au contexte externe***

Les facteurs contextuels sont largement documentés dans la littérature scientifique et réfèrent à l'environnement dans lequel l'implantation prendra place. Cet environnement inclut les contextes socioculturel, politique, économique environnemental, légal et technologique ainsi que la connaissance des caractéristiques et des besoins des clients. Parmi les facteurs influençant positivement l'implantation figurent les actions intersectorielles permettant de lier l'intervention au milieu communautaire et la présence d'un besoin réel justifiant l'intervention (Tableau 7). En raison de certains contenus absents, il arrive cependant que l'intervention ne parvienne pas à répondre à ce besoin. Les écrits dénotent également l'existence de compétition entre les organismes et les programmes existants ainsi que la rigidité de certains systèmes de santé ; tous des facteurs susceptibles de limiter l'introduction d'innovations dans la pratique (Tableau 7). Similairement, un climat politique défavorable impliquant un contexte de restriction budgétaire et de restructuration ainsi qu'une offre de services circonscrite sont des barrières potentielles à l'implantation d'une intervention en milieu communautaire québécois. Ces barrières socioéconomiques rappellent notamment que les aînés peuvent aussi connaître des contraintes budgétaires les empêchant de prendre part à des interventions préventives. De plus, une multitude d'autres facteurs peuvent entraver la participation des aînés aux innovations telles que climat hivernal, la ruralité et les difficultés d'utilisation des moyens de transport (Tableau 7).

### ***1.3.4 Facteurs liés aux individus***

Les facteurs individuels ont trait aux intérêts, aux normes, aux états d'esprit, aux affiliations, à l'agence ainsi qu'au pouvoir d'agir et d'influence des personnes impliquées dans l'implantation. Par exemple, ces personnes peuvent faciliter la mise en œuvre d'innovations par leur l'ouverture à la nouveauté, leur motivation à fournir des services fondés sur les évidences scientifiques ainsi que leurs connaissances au sujet de l'intervention (efficacité, rentabilité, effets indésirables, etc. ; Tableau 7). En revanche, leur manque de connaissances, d'habiletés, de motivation, de sérieux, d'ouverture à la nouveauté ainsi que diverses croyances négatives peuvent représenter un frein à l'implantation (Tableau 7).

### ***1.3.5 Facteurs liés au processus***

Les facteurs liés au processus ciblent l'ensemble des changements, planifiés ou spontanés, menant vers une implantation efficace. En plus de l'engagement des personnes, ces processus

incluent la planification, la réalisation et l'examen d'activités nécessaires à la mise en œuvre de l'intervention. Les résultats des écrits recensés indiquent que l'engagement continue et l'implication coordonnée des professionnels, incluant l'identification de champions, le soutien des collègues, des *leaders* organisationnels, d'individus externes et d'organisations influentes sont déterminants pour la réussite de l'implantation (Tableau 7). Inversement, un partage limité des responsabilités avec les personnes impliquées pourrait jouer en défaveur de l'implantation.

**Tableau 7**  
Appuis empiriques au CFIR

Catégories et construits (CFIR)	Définitions	Facilitateurs	Obstacles
<b>Facteurs liés à l'intervention</b>			
Source du programme	Perception que l'intervention est développée à l'interne ou à l'externe	Intervention issue de la recherche (Piché <i>et al.</i> , 2019)	
Complexité	Difficultés perçues d'implantation (durée, radicalité, interruption, centralité, complexité, nombre d'étapes requises par l'implantation)	Formation, soutien et encadrement offert (Piché <i>et al.</i> , 2019)	
Possibilité de l'essayer	La capacité de tester l'intervention à petite échelle dans l'organisation et être capable d'en renverser le cours si besoin		
Qualité de la conception de la présentation	Excellence perçue en ce qui a trait à la présentation et l'assemblage de l'intervention	Matériel facile à utiliser (Baker <i>et al.</i> , 2005)	
Coût	Coût de l'intervention et coût associé à l'implantation incluant l'investissement, les fournitures et tous les coûts possibles		
Adaptabilité	Le degré auquel une intervention peut être adaptée, taillée, raffinée ou réinventée pour répondre aux besoins locaux	Système adapté aux besoins et à la pratique des utilisateurs (Hailey <i>et al.</i> , 2014) Intervention flexible avec possibilité d'adaptation au contexte d'implantation (Grandes <i>et al.</i> , 2008)	
Force et qualité de l'évidence	Qualité et validité de l'évidence perçues par les acteurs impliqués, ce qui supporte la croyance que l'intervention va avoir les résultats souhaités	Programme et formation qui s'appuient sur les évidences scientifiques (Matheson <i>et al.</i> , 2014; Ayton <i>et al.</i> , 2017; Grandes <i>et al.</i> , 2008)	

Avantages relatifs	Avantages perçus de l'implantation de cette intervention plutôt qu'une autre solution alternative	Résultats pratiques découlant de l'intervention (Taylor <i>et al.</i> , 1994)
<b>Facteurs liés à l'organisation</b>		
Caractéristiques structurelles	L'architecture sociale, l'âge, la maturité et la taille d'une organisation	Expertise des organisations où l'intervention sera implantée (Piché <i>et al.</i> , 2019)
Culture	Normes, valeurs et hypothèses de base d'une organisation donnée	Roulement du personnel (Baker <i>et al.</i> , 2005 ; Payan <i>et al.</i> , 2017) Politiques et mandats organisationnels restrictifs limitant le type de services offerts, leur emplacement et leur intégration dans la pratique quotidienne (Dykeman <i>et al.</i> , 2018) Règles inhérentes à la pratique professionnelle (Dykeman <i>et al.</i> , 2018)
Climat d'implantation	La capacité de changement, la réceptivité des individus impliqués dans l'intervention et la façon dont l'utilisation de l'intervention va être récompensée, supportée et souhaitée dans l'organisation	
a) Pression pour le changement	Le degré auquel les acteurs impliqués perçoivent la situation actuelle comme intolérable et nécessitant un changement	Pression des pairs (Piché <i>et al.</i> , 2019)
b) Compatibilité	Le degré de correspondance entre la signification et la valeur accordées à l'intervention par les acteurs impliqués, leurs normes et valeurs individuelles, et les risques et besoins perçus ; comment s'intègre l'intervention aux systèmes existants	
c) Buts et rétroaction	Le degré auquel les buts sont clairement communiqués et réévalués, rétroaction donnée au	Mise en place d'audits, de rappels et de rétroaction pour

	personnel et harmonisation de cette rétroaction avec les buts	augmenter le sérieux de la démarche (Ayton <i>et al.</i> , 2017) Politique spécifiant les objectifs et les indicateurs de résultats (Grandes <i>et al.</i> , 2008) Consensus sur les enjeux associés à l'intervention (Taylor <i>et al.</i> , 1994) Priorité à l'éducation des clients pour favoriser la fixation d'objectifs et l'intégration de stratégies visant l'adoption de modes de vie sains	
d) Priorités relatives	Perceptions individuelles partagées de l'importance de l'implantation dans l'organisation		Demandes concurrentes (Baker <i>et al.</i> , 2005 ; Payan <i>et al.</i> , 2017)
e) Incitatifs organisationnels et récompenses	Incitatifs externes tels que des récompenses, des évaluations de rendement, des promotions, des augmentations salariales, et des incitatifs moins tangibles tels qu'une augmentation du statut et du respect		
f) Climat d'apprentissage	Un climat dans lequel : a) les leaders expriment leurs propres limites et leur besoin d'être assisté par un membre de l'équipe, b) des membres de l'équipe qui se sentent essentiels, valorisés et compétents dans le processus de changement, c) les individus se sentent en confiance et en sécurité pour essayer de nouvelles méthodes et d) il y a suffisamment de temps et d'espace pour l'évaluation et la pensée réflexive.	Formation en présentiel et enseignement à l'aide d'études de cas (Ayton <i>et al.</i> , 2017) incluant des histoires d'implantation réussie par des cliniciens (Baker <i>et al.</i> , 2005) Formation en groupe afin de partager le vécu et s'entraider (Hailey <i>et al.</i> , 2014 ; Piché <i>et al.</i> , 2019)	
Réseaux et communications	La nature et la qualité du réseau social et la nature et la qualité de la communication formelle et informelle dans l'organisation	Communications claires et collaboration entre le milieu d'implantation, la recherche et le réseau de la santé (Piché <i>et al.</i> , 2019)	Coordination et communication limitées intra et interorganisations (Dykeman <i>et al.</i> , 2018)

		Communication et coopération entre les professionnels et les usagés (Grandes <i>et al.</i> , 2008)	
Prédisposition à l'implantation	Indicateurs tangibles et immédiats de l'engagement de l'organisation dans l'implantation de l'intervention		
a) Engagement des leaders	Engagement, implication et responsabilisation des leaders envers l'implantation	Nomination d'un coordonnateur de projet (Grandes <i>et al.</i> , 2008 ; Payan <i>et al.</i> , 2017) Directeur faisant la promotion active des pratiques les plus à jour. Forte adoption par les gestionnaires (Pyatak <i>et al.</i> , 2019)	
b) Disponibilité des ressources	Le niveau de ressources dédiées à l'implantation et aux opérations en cours incluant l'argent, la formation, l'éducation, l'espace physique et le temps	Formation brève sur les heures de travail (Smith <i>et al.</i> , 2012)  Meilleure utilisation des ressources informationnelles et de diffusion existantes (Grandes <i>et al.</i> 2008) Présence de l'ergothérapeute dans les locaux de la clinique (Pyatak <i>et al.</i> , 2019). Formation du personnel auxiliaire (Taylor <i>et al.</i> , 1994)  Utilisation de matériel éducatif pour les clients (Taylor <i>et al.</i> , 1994)	Disponibilité du personnel de soutien (Koh <i>et al.</i> , 2008)  Accès et pérennité aux ressources (humaine, matériel et/ou financières) (Ayton <i>et al.</i> , 2017 ; Dykeman <i>et al.</i> , 2018 ; Grandes <i>et al.</i> , 2008 ; Koh <i>et al.</i> , 2008 ; McCluskey <i>et al.</i> , 2013 ; Payan <i>et al.</i> , 2017 ; Piché <i>et al.</i> , 2019 ; Pyatak <i>et al.</i> , 2019 ; Smith <i>et al.</i> , 2012)  Manque de temps (Baker <i>et al.</i> , 2005 ; Dykeman <i>et al.</i> , 2018 ; Elwell <i>et al.</i> , 2013 ;

c) Accès à l'information et aux connaissances	Facilité d'accès à de l'information digeste et à des connaissances à propos de l'intervention et comment intégrer cela dans les tâches de travail	Formation des professionnels sur le processus d'implantation (Grandes <i>et al.</i> , 2008), les outils technologiques et les méthodes à utiliser (Payan <i>et al.</i> , 2017) ainsi que le rôle de l'ergothérapeute en première ligne (Pyatak <i>et al.</i> , 2019) Dossiers clients partagés (Pyatak <i>et al.</i> , 2019)	Grandes <i>et al.</i> , 2008 ; Payan <i>et al.</i> , 2017 ; Shelley <i>et al.</i> , 2014) Manque de connaissances quant aux fonctionnalités du système informatique (Payan <i>et al.</i> , 2017) et au rôle de l'ergothérapeute, plus spécifiquement en première ligne (Pyatak <i>et al.</i> , 2019)
<b>Facteurs liés au contexte</b>			
Politiques externes et incitatifs	Stratégies externes pour étendre des interventions incluant des politiques et règlements (au niveau du gouvernement ou d'autres entités centralisées), des mandats externes, des recommandations et lignes de conduite, etc.	Actions interinstitutionnelles et intersectorielles pour lier les interventions aux ressources communautaires (Grandes <i>et al.</i> , 2008) Lois, politiques et incitatifs gouvernementaux (incluant l'octroi de ressources dédiées) afin de promouvoir la prévention de façon consistante et universelle (Dykeman <i>et al.</i> , 2018)	Climat politique défavorable incluant restrictions budgétaires et restructuration en santé. Offre de services circonscrite (Piché <i>et al.</i> , 2019) Rigidité du SSSS qui rend problématique l'introduction de nouvelles tâches (Grandes <i>et al.</i> , 2008)
Cosmopolitanisme	La mesure dans laquelle une organisation est en réseau avec d'autres organisations externes	Développement de partenariats collaboratif et de réseaux de communication avec le milieu communautaire afin de répondre aux besoins non comblés des usagers et d'établir une trajectoire de	Établissement d'une trajectoire de référence efficace pour le programme (Pyatak <i>et al.</i> , 2019) Travail d'équipe interétablissement (Yang <i>et al.</i> , 2019)

		référence pour le programme (Bird <i>et al.</i> , 2019) Soutien aux fournisseurs de soins pour le dépistage et le référencement des clients (Pyatak <i>et al.</i> , 2019)	
Besoins des clients et ressources (centré sur le client)	La façon dont les besoins des clients, tout comme les facilitateurs et barrières pour répondre à ces besoins, sont actuellement connus et priorisés par l'organisation	Intervention qui répond à un besoin réel et reconnu par les acteurs impliqués (Piché <i>et al.</i> , 2019 ; Baker <i>et al.</i> , 2005)	Informations manquantes dans le programme quant à la prise en charge de sa santé, la recherche d'information, l'utilisation du SSSS et de services sociaux, les opportunités de participation sociale afin de répondre adéquatement aux besoins des usagers (Bird <i>et al.</i> , 2019). Contraintes financières empêchant certains aînés de bénéficier de l'intervention (Dykeman <i>et al.</i> , 2018). Offre limitée en transport pour permettre aux aînés de se rendre sur le lieu de l'intervention au moment opportun (Dykeman <i>et al.</i> , 2018).
Pression des pairs	Imitation ou pression de compétition pour implanter l'intervention		
AUTRE : Contexte environnemental	Environnement naturel ou construit susceptible d'influencer l'implantation		Climat hivernal et étendue géographique (Dykeman <i>et al.</i> , 2018)
Contexte technologique	Technologies utilisées ou à venir, informatisation, protection des données, etc..	Système informatique à jour et intérêt envers celui-ci (Payan <i>et al.</i> , 2017)	Fonctionnalités manquantes du système informatique (Payan <i>et al.</i> , 2017)



### Facteurs liés aux individus

Connaissances et croyances à propos de l'intervention	Attitudes envers l'intervention et valeur y étant attribuée. Familiarité avec les faits et les principes reliés à l'intervention.	Croyances, connaissance, perceptions et attitudes au sujet de l'efficacité, de la rentabilité, des effets indésirables, des méthodes de remboursement et des lignes directrices de l'intervention (Taylor <i>et al.</i> , 1994)	Manque de connaissances en général (Koh <i>et al.</i> , 2008 ; Shelley <i>et al.</i> , 2014) et plus particulièrement sur le rôle à jouer (Matheson <i>et al.</i> , 2014) et les données issues de la recherche (McCluskey <i>et al.</i> , 2013 ; Payan <i>et al.</i> , 2017). Croyance qu'il est trop tard pour apporter des changements au mode de vie des aînés (Elwell <i>et al.</i> , 2013) Fausses croyances liées à l'âge ou à l'intervention (Dykeman <i>et al.</i> , 2018)
Autoefficacité	Croyance des individus en leurs propres capacités d'exécuter les actions nécessaires pour atteindre les buts de l'implantation		Croyances des cliniciens envers leurs capacités à mener l'intervention (McCluskey <i>et al.</i> , 2013)
Autres attributs personnels	Construit global qui inclut des traits personnels tels que la tolérance à l'ambiguïté, les habiletés intellectuelles, la motivation, les valeurs, la compétence, la capacité et le style d'apprentissage	Motivation des cliniciens à fournir des services basés sur les évidences scientifiques (McCluskey <i>et al.</i> , 2013)  Ouverture à la nouveauté (Piché <i>et al.</i> , 2019) Engagement à servir les populations vulnérables (Payan <i>et al.</i> , 2017) Capacité du thérapeute à établir une relation de confiance avec l'utilisateur afin	Manque de sérieux des cliniciens (Ayton <i>et al.</i> , 2017) Manque d'habileté pour assumer un rôle nouveau (Smith <i>et al.</i> , 2012) Manque de motivation (Koh <i>et al.</i> , 2008)

		de soutenir sa motivation et son pouvoir d'agir (Bird <i>et al.</i> , 2019)	
Stade du changement	Caractérise la phase à laquelle un individu se situe, comment il progresse en termes de qualification, d'enthousiasme, et d'utilisation soutenue de l'intervention		Inertie des prestataires de soins (Payan <i>et al.</i> , 2017) Prédisposition de clients à participer activement (Yang <i>et al.</i> , 2019) Réticence face à la nouveauté de la part des intervenants (Grandes <i>et al.</i> , 2008 ; Piché <i>et al.</i> , 2019) Réticence des clients quant à la modification de leurs habitudes de vie (Yang <i>et al.</i> , 2019)
Identification individuelle à l'organisation	Comment l'individu perçoit l'organisation, sa relation et son degré d'engagement envers l'organisation		
<b>Facteurs liés au processus</b>			
Planification	Le degré auquel un schème de comportement ou une méthode pour implanter une intervention est développé à l'avance et la qualité de ces schèmes et méthodes.		
Engagement	Attraction et implication appropriée d'individus dans l'implantation et utilisation de l'intervention par une combinaison de stratégies de marketing social, d'éducation, de modelage, de formation et d'activités similaires.	Intervention offerte ou soutenue de façon continue par des professionnels de la santé afin d'en assurer sa fidélité (Bird <i>et al.</i> , 2019) Participation et implication coordonnées des professionnels (Grandes <i>et al.</i> , 2008)	Responsabilités limitées pour le personnel auxiliaire (Payan <i>et al.</i> , 2017)

		Soutien des collègues par rapport à l'intervention (Taylor <i>et al.</i> , 1994)
a) Opinion des leaders	Individus dans une organisation qui ont une influence formelle ou informelle sur l'attitude et les croyances de leurs collègues au regard de l'implantation de l'intervention	Encouragement des leaders de l'organisation (Baker <i>et al.</i> , 2005)
b) Agents de changement externes	Individus, affiliés à une entité externe, qui influencent formellement ou facilitent les décisions dans une direction désirable	Soutien d'individus externes à l'organisation (Piché <i>et al.</i> , 2019) Endossement par des organisations influentes (Baker <i>et al.</i> 2005)
c) Leaders internes formels	Individus dans une organisation qui ont été formellement nommés pour implanter l'intervention tels qu'un coordonnateur, un gestionnaire de projet, un chef d'équipe ou un autre rôle similaire	
d) Champions	Individus qui se consacrent à l'appui et à la poursuite de l'implantation, surmontant la résistance ou l'indifférence qu'une intervention peut provoquer dans une organisation	Identifications de champions (personnes-ressources) (Ayton <i>et al.</i> , 2017 ; Piché <i>et al.</i> , 2019 ; Payan <i>et al.</i> , 2017)
Exécution	Mise en œuvre ou réalisation de l'implantation selon un plan	
Réflexion et évaluation	Rétroaction quantitative et qualitative du progrès et de la qualité de l'implantation accompagnée par des comptes rendus réguliers en individuel ou en équipe pour discuter du progrès et de l'expérience	

#### 1.4 Principaux constats de la recension des écrits

Selon les informations recensées dans le cadre du premier et du deuxième volet de la recension, une majorité des articles portant sur les effets du *Lifestyle Redesign*® utilisaient des devis expérimentaux et les études ont principalement eu lieu aux États-Unis et elles ont été réalisées par l'équipe qui a développé l'intervention originale. Plusieurs adaptations ont cependant été étudiées dont une adaptation québécoise récente. Les résultats des études recensés indiquent que les effets du *Lifestyle Redesign*® sont complexes et multisystémiques. Ces effets incluent autant des bénéfices sur la santé physique que mentale ainsi que sur la satisfaction envers la vie, et ce, de façon durable et potentiellement rentable. Bien que seulement trois études ont montré la faisabilité d'implanter une version plus courte du *Lifestyle Redesign*®, aucune n'a été réalisée en contexte canadien ou n'a documenté en profondeur les facilitateurs et obstacles à sa mise œuvre, l'implantation du programme demeure peu étudiée. De plus, aucune étude n'a documenté en profondeur les facilitateurs et les obstacles à l'implantation du *Lifestyle Redesign*® spécifiquement auprès d'une clientèle aînée. Concernant les facteurs d'influence à l'implantation d'innovations dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, les facteurs liés à l'intervention (ex. : évidences scientifiques sur les effets du programme) sont souvent cités comme des facilitateurs à l'implantation. Inversement, les facteurs liés à l'organisation, spécifiquement le manque de ressources, sont souvent relevés comme un obstacle. Les facteurs d'influence liés au contexte externe seraient principalement liés aux politiques et aux systèmes en place. Quant aux facteurs individuels, ils comportent souvent une influence variable sur le processus d'implantation, et ce, selon la présence ou non de l'attribut ciblé (ex. : motivation). Puisqu'ils sont susceptibles de moduler le succès de l'implantation, ces facteurs sont particulièrement importants à considérer. Enfin, les facteurs liés au processus sont les moins documentés dans les écrits scientifiques, mais le soutien à l'implantation (ex. : implication, encouragement et endossement) des personnes impliquées serait essentiel à sa réussite.

## **CHAPITRE 2**

### **QUESTIONS ET OBJECTIFS DE RECHERCHE**

Cette étude a pour but de préparer l'implantation du programme Remodeler sa vie® auprès d'aînés en milieu communautaire québécois. À la question « comment soutenir l'implantation du *Lifestyle Redesign*® dans la pratique des ergothérapeutes québécois ? », cette étude compte offrir une meilleure compréhension des facteurs qui influencent positivement ou négativement la mise en œuvre du programme ainsi qu'un plan d'implantation efficace. Plus spécifiquement, l'étude vise à :

1. a) Décrire le processus de traduction de la formation du *Lifestyle Redesign*® et b) examiner, auprès d'ergothérapeutes et de finissants en ergothérapie son adaptation culturelle au contexte québécois ainsi que la qualité de son design pédagogique.
2. Explorer la préimplantation de l'intervention, incluant a) l'identification des facteurs d'influence à sa mise en œuvre en milieu communautaire québécois ainsi que b) des actions à entreprendre.

## **CHAPITRE 3**

### **MÉTHODOLOGIE**

Ce chapitre expose les aspects méthodologiques de l'étude. L'approche et les devis de recherche y sont d'abord présentés suivis des participants à l'étude et des stratégies de recrutement. Le déroulement de l'étude est ensuite décrit, incluant les outils de collecte et d'analyse des données. Enfin, le respect des critères de scientificité ainsi que les considérations éthiques seront détaillés.

#### **3.1 Approches et devis de recherche**

La présente étude s'inscrit dans une approche de recherche qualitative, laquelle vise à comprendre le sens, décrire en profondeur et expliquer des phénomènes humains complexes, en recourant au point de vue des personnes qui y sont impliquées (Corbin et Strauss, 2015 ; Creswell, 2013 ; Denzin et Lincoln, 2018 ; Holloway et Galvin, 2017). Dans le domaine de la recherche en santé, cette approche qualitative est notamment indiquée afin de comprendre pourquoi et comment des programmes fonctionnent ou non (Glasgow et Emmons, 2007). En effet, comme l'intégration d'une intervention à la pratique professionnelle est un phénomène complexe, multidimensionnel et contextualisé, son étude est difficilement envisageable uniquement à l'aide de méthodes expérimentales (ex. : variables discrètes) sans risquer d'en perdre la richesse ou le sens (Schon, 1995 ; Stanley et Nayar, 2015). Afin de répondre aux objectifs de la présente étude, une adaptation de la méthode de validation transculturelle ainsi qu'un devis de recherche-action ont été utilisés.

##### ***3.1.1 Validation transculturelle***

Afin de mettre en place les conditions nécessaires à la formation des ergothérapeutes et des finissants en ergothérapie, la formation du *Lifestyle Redesign®* a été traduite selon un processus de validation transculturelle (objectif 1a). Habituellement utilisé pour la traduction d'instruments de mesure afin d'obtenir l'équivalence culturelle d'une langue à l'autre, le processus de validation transculturelle inclut généralement une phase de rétrotraduction (Fortin et Gagnon, 2016). Lorsque la traduction concerne une formation, cette phase de rétrotraduction n'est cependant pas nécessaire et la vérification par un comité d'experts doit

être privilégiée (Behr, 2017 ; Epstein *et al.*, 2015). De façon complémentaire au comité d'experts, la formation a été examinée par les futurs utilisateurs de connaissances lors d'un groupe de discussion focalisée (objectif 1b).

### **3.1.2 Recherche-action**

La recherche-action, pour sa part, est une approche de recherche collaborative développée afin de produire et d'appliquer des connaissances dans le but d'améliorer une situation sociale problématique (Wilding et Galvin, 2015). Axée sur le transfert des connaissances et l'action, cette approche embrasse une philosophie participative où la collaboration de différents partenaires (ex. : décideurs, usagers, cliniciens) permet de co-construire des solutions pratiques à des problèmes de la vie réelle (Cargo et Mercer, 2008). Guidée par un principe de participation équitable en fonction du temps, de l'intérêt et de l'expertise des différents partenaires, la recherche-action reconnaît qu'il existe une gradation dans le niveau de participation allant de la coopération jusqu'à l'action collective (Cargo et Mercer, 2008 ; Gonzalez-Laporte, 2014). De façon générale, la recherche-action convient à l'étude des pratiques et du contexte professionnels ainsi qu'aux projets de recherche ayant des visées de transformation des services ou d'amélioration de la pratique professionnelle (Hughes, 2008). Lorsqu'utilisée en contexte d'implantation, la recherche-action permet d'aller au-delà de la compréhension théorique d'un phénomène en documentant, par exemple, la façon d'améliorer le développement, l'implantation et l'évaluation de nouveaux programmes et services (Camden et Poncet, 2014 ; Cargo et Mercer, 2008). Selon Dolbec et Prud'Homme (2009) la recherche-action a également le potentiel d'habiliter les cliniciens à adopter un esprit critique envers leur pratique pour éventuellement y apporter des changements. Dans la présente étude, l'utilisation de la recherche-action afin de documenter la préimplantation du programme Remodeler sa vie® (objectifs 2a et 2b) a permis d'obtenir des idées précises qui soutiendront la prise de décision lors des phases subséquentes d'implantation active et d'évaluation. (Dolbec et Prud'Homme, 2009).

### **3.2 Sélection des participants**

Cette étude s'est intéressée à la perspective d'ergothérapeutes québécois issus de cliniques privées et du réseau public de santé et de services sociaux ainsi que des finissants en

ergothérapie d'une université québécoise. Plus précisément, un échantillon par choix raisonné de 16 à 30 personnes volontaires a été utilisé. Ces personnes devaient répondre aux critères d'inclusion suivants : a) être ergothérapeute en exercice (clinicien) ou finissants en ergothérapie ; b) avoir un intérêt pour les interventions de prévention et de promotion de la santé auprès d'aînés habitant dans la communauté ; c) être capable de s'exprimer en français (oral et écrit) et d) être disponible en personne pour participer à une formation et à la collecte de données dans la région de [nom de la région retiré à des fins de confidentialité]. La taille d'échantillon a été estimée à partir d'études similaires (Piché *et al.*, 2019) et de façon cohérente avec le concept d'*information power* (Malterud *et al.*, 2016). La taille d'échantillon vise par ailleurs la saturation empirique des données (Pires, 1997), et ce, afin d'optimiser la richesse des informations recueillies et de documenter suffisamment les différences entre les milieux d'implantation publics et privés. Enfin, la nature intentionnelle de l'échantillonnage était cohérente avec le devis de recherche-action et elle visait à obtenir le point de vue de personnes compétentes pour éclairer les objectifs de recherche tout en ayant une représentativité théorique des pratiques (ex. : santé physique et mentale), des milieux cliniques (ex. ainsi que pour l'atteinte de la saturation théorique des données (Piché *et al.*, 2019). Enfin, la nature intentionnelle de l'échantillonnage était cohérente avec le devis de recherche-action et elle visait à obtenir le point de vue de personnes compétentes pour éclairer les objectifs de recherche tout en ayant une représentativité théorique des pratiques (ex. : santé physique et mentale), des milieux cliniques (ex. : publics et privés), des territoires desservis (urbains et rural) et des expériences auprès d'aînés (novices et chevronnés ; Fortin et Gagnon, 2016 ; Savoie-Zajc et Descamps-Bednarz, 2007). Cette diversité clinique a aidé à enrichir les échanges lors des groupes de discussion focalisée, à refléter la variété des pratiques et à favoriser la transférabilité des résultats.

### **3.3 Recrutement des participants**

Pour rejoindre les ergothérapeutes et les finissants en ergothérapie, une combinaison de stratégies ciblées et ouvertes a été utilisée (Camden & Poncet, 2014). Concrètement, 42 invitations ont été transmises de façon ciblée aux ergothérapeutes des cliniques privées des régions [noms des régions retirés à des fins de confidentialité] repérés par le biais le site web de l'Association québécoise des ergothérapeutes en pratiques privées (AQEPP) et le



répertoire électronique du secteur privé de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) (Annexe 1). Six invitations additionnelles ont également été distribuées au réseau de contacts de l'équipe de recherche et aux cliniciens connus des experts (Annexe 2), notamment aux ergothérapeutes du milieu communautaire (CLSC) ayant participé à une étude exploratoire sur le *Lifestyle Redesign*® (Lévesque *et al.*, 2019a) et à dix ergothérapeutes ayant déjà manifesté un intérêt envers le projet actuel. Ainsi, 58 invitations à participer à l'étude ont été transmises par la poste sous la forme d'une lettre d'introduction personnalisée décrivant le projet, les raisons pour lesquelles les ergothérapeutes avaient été invités, l'objectif de l'étude et le niveau d'implication attendue. Parallèlement, des ergothérapeutes du réseau public de santé et de services sociaux des programmes-services de soutien à l'autonomie des personnes âgées [incluant le soutien à domicile (SAD), les groupes de médecine familiale et les centres de jour] ont été invités à participer à l'étude par le biais d'une demande de convenance adressée au Centre intégré de santé et de services sociaux [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité] (CISSS ; Annexe 3) et au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité] (CIUSSS ; Annexe 4). Dans le cadre de cette demande de convenance, les responsables de la recherche de chacun des établissements partenaires ont assuré le suivi auprès des gestionnaires qui devaient alors acheminer, s'ils acceptaient, une invitation par courriel aux ergothérapeutes des missions concernées. La description de l'étude, les attentes reliées à la participation des cliniciens de même que la façon de signifier leur intérêt à participer étaient précisées dans l'envoi (Annexes 3 et 4). De façon complémentaire, les stratégies ouvertes suivantes ont aussi été utilisées : a) la liste d'envoi courriel de l'OEQ pour les professionnels qui y ont souscrit (Annexe 5) et b) la page Facebook des groupes « Ergothérapie Québec » (Annexe 6) et « Ergo Maîtrise 2017-2018 » (Annexe 7). Ces stratégies ouvertes ont été largement diffusées incluant auprès de 527 ergothérapeutes membres de l'OEQ et 63 finissants en ergothérapie. Toutes les personnes intéressées à prendre part à l'étude étaient invitées à manifester leur intérêt par courriel ou par téléphone à l'étudiante-chercheure, laquelle était responsable d'expliquer la recherche, de vérifier l'admissibilité et de planifier la rencontre de groupe initiale.

### **3.4 Déroulement de l'étude**

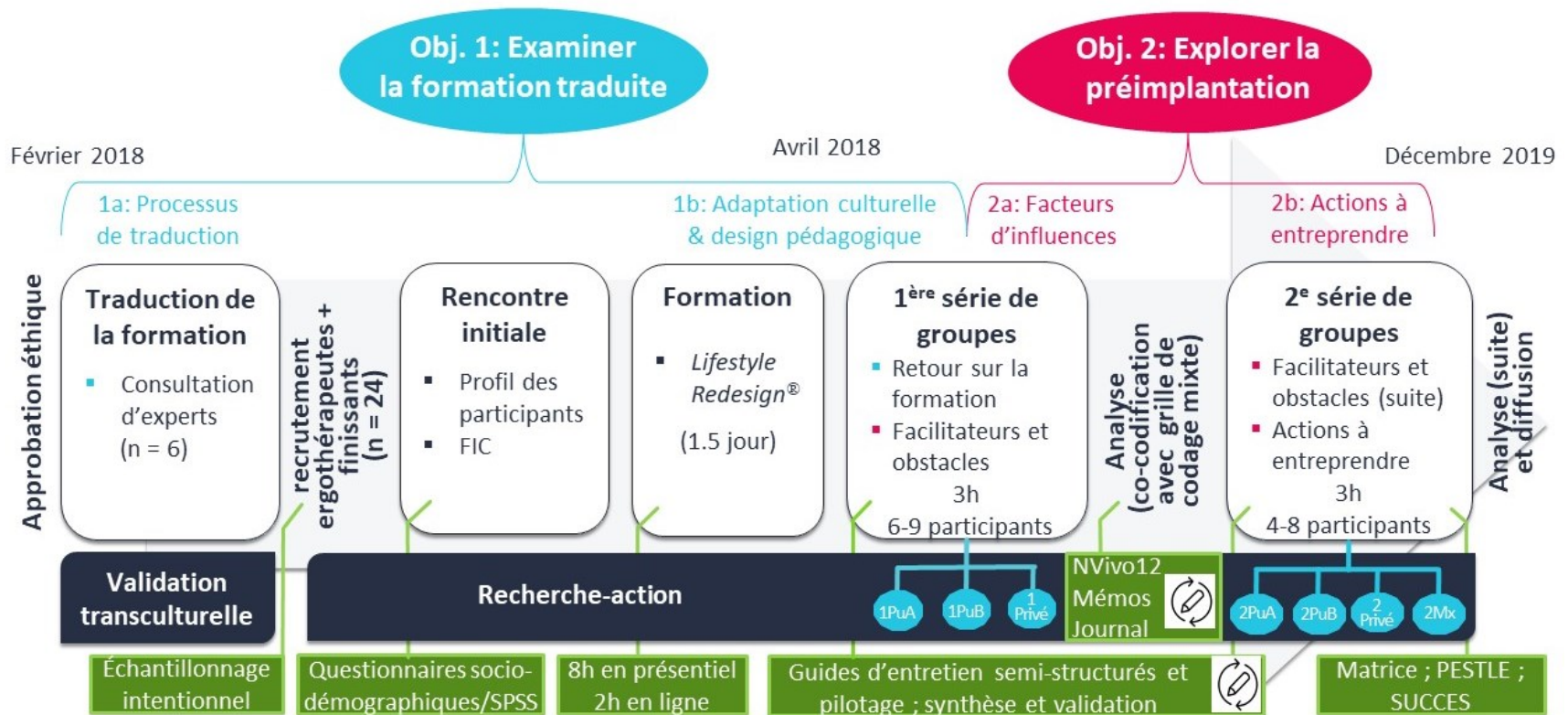
Le déroulement de l'étude s'est effectué de façon séquentielle entre février et mai 2018 (Figure 8) en débutant, à la suite de la traduction de la formation du *Lifestyle Redesign*® et du recrutement des participants, par la rencontre de groupe initiale et une activité de formation continue. Cette activité de formation a été suivie de deux séries de groupes de discussion focalisées (Figure 8).

#### ***3.4.1 Rencontre initiale***

Trois semaines avant la tenue de la formation, les participants ont été rencontrés en groupe par l'étudiante-chercheuse afin de leur fournir les explications détaillées sur le projet, répondre à leurs questions et obtenir leur consentement éclairé (Figure 8). Le logiciel Skype a été utilisé pour rejoindre les cliniciens de l'extérieur de la région de [nom de la région retiré à des fins de confidentialité] qui étaient dans l'impossibilité d'assister à cette première rencontre. Plus précisément, les participants ont lu le formulaire d'information et de consentement (FIC ; Annexe 8) et ils ont été invités à poser leurs questions. Préalablement à la signature du FIC, l'étudiante-chercheuse s'est assurée que les informations avaient été présentées clairement et à la satisfaction des participants. Après la signature du FIC (par courriel pour les participants qui ont assisté à la rencontre en ligne), les participants ont rempli un questionnaire afin de documenter leur profil sociodémographique.

Figure 8

Déroulement de l'étude



### **3.4.2 Activité de formation continue**

Les finissantes en ergothérapie et les ergothérapeutes recrutés ont pris part à une journée et demie de formation en groupe sur la version canadienne-française du programme Remodeler sa vie®. Cette activité a été offerte en présentiel sur deux journées consécutives et incluait une portion de deux heures, complétée en ligne et individuellement. Concrètement, la formation avait pour but d'habiliter les participants à maîtriser le contenu clinique (modules d'intervention), scientifique (études réalisées) et historique (perspective passée et contemporaine sur le vieillissement en santé) du programme ainsi qu'à se préparer efficacement aux groupes de discussion ainsi qu'à une éventuelle implantation. Pour ce faire, le contenu présenté incluait par exemple des idées d'activités, de sorties et de questions d'animation pour chacun des 12 modules du programme. La formation a été animée par l'étudiante-chercheure et sa directrice, lesquelles ont traduit la formation originale anglaise du *Lifestyle Redesign*®. Lors de la formation, les participants ont reçu un cahier regroupant les présentations PowerPoint et le matériel didactique nécessaire à la mise en œuvre du programme. Un accès temporaire à deux modules de formation en ligne sous forme de présentations narrées en français leur a également été remis. Afin de mettre en évidence le rôle de facilitateur de l'ergothérapeute, des vidéos de formation reconstituant le déroulement de séances individuelles et de groupe ont été présentées pour chacun des 12 modules. Les scénarios développés dans ces vidéos démontraient notamment le processus et les stratégies utilisés par l'ergothérapeute afin d'engager les clients dans l'occupation. Issues de la formation originale anglaise, ces vidéos ont été sous-titrées en français. La participation des ergothérapeutes et des finissantes en ergothérapie à la formation intégrale du programme Remodeler sa vie® a favorisé l'obtention d'une perspective plus précise et nuancée lors des groupes de discussion.

### **3.5 Collecte de données**

Tel que mentionné, la collecte des données a été réalisée sur une période s'échelonnant sur deux mois entre mars et mai 2018. Les méthodes de collecte (incluant les outils de recherche) et d'analyse, les critères de scientificité ainsi que les considérations éthiques seront détaillés dans les sections suivantes.

### **3.5.1 Méthodes de collecte**

#### **3.5.1.1 Groupes de discussion focalisée**

Particulièrement indiqué en recherche-action (Mayer et Ouellet, 2000), le groupe de discussion focalisée a été retenu comme méthode de collecte des données. Deux groupes (Krueger et Casey, 2015) ont ainsi été réalisés auprès des futurs utilisateurs de connaissances et animés à l'aide de guides d'entretien semi-structurés (Annexes 9 et 10). Dans la présente étude, l'aspect focalisé de la discussion avait trait à la fois à la situation commune des membres du groupe (utilisateurs des connaissances) et aux thèmes des échanges (adaptation culturelle de la formation et faisabilité d'implantation). Les groupes de discussion ont été d'une durée de trois heures et se sont tenus deux semaines après la formation (Figure 8) au [nom de l'établissement et du site retirés à des fins de confidentialité], un lieu central pour l'ensemble des participants. Ce groupe a été animé par l'étudiante-chercheure, formée à la réalisation d'entretiens de groupe et supervisée par sa directrice de recherche, laquelle a assisté à l'ensemble des rencontres à titre d'observatrice non participante prenant en note les éléments clés de la discussion et ceux relatifs au non verbal des participants et de l'animatrice. Lors des groupes, l'étudiante-chercheure a utilisé un style de leadership facilitateur afin de favoriser l'approfondissement et la clarification des propos des participants. Elle s'est par ailleurs assurée que chaque participant avait l'occasion de partager ses idées et ses opinions. En conclusion, une synthèse réalisée et présentée par la directrice de recherche a été validée par les participants. Cette synthèse a notamment servi d'aide-mémoire au moment de la transcription (Miles *et al.*, 2014). Réalisé selon les mêmes modalités, un deuxième groupe de discussion focalisé a eu lieu environ deux semaines après la tenue du premier groupe (Figure 8). Les deux groupes de discussion ont été enregistrés sur bandes audionumériques puis retranscrits sous forme manuscrite (verbatim).

### **3.5.2 Outils de recherche**

Quatre outils de recherche ont été utilisés dans le cadre de la présente étude : 1) un questionnaire sociodémographique, 2) des guides d'entretien semi-structurés, 3) des mémos et 4) un journal de recherche.

### 3.5.2.1 Formulaire de recueil des données sociodémographiques

Afin de documenter le profil des participants et leur contexte, un formulaire de recueil des données sociodémographiques incluant des questions sur l'âge, le genre, le niveau de scolarité, l'emploi, le nombre d'années d'expérience, le milieu de pratique, le niveau de connaissance quant à l'intervention et les attentes quant à la formation à venir a été utilisé (Annexe 11).

### 3.5.2.2 Guide d'entretien semi-structuré

Afin d'examiner la formation du programme Remodeler sa vie® (objectif 1b) et d'explorer sa préimplantation en milieu communautaire québécois (objectifs 2a et 2b), deux guides d'entretien semi-structurés (Annexes 9 et 10) ont été développés. Les questions des guides étaient ouvertes de façon à encourager la discussion et à favoriser la libre expression des idées. Les guides incluaient également des formulations alternatives ainsi que des questions d'approfondissement et de clarification. Les guides ont été vérifiés par la directrice de recherche, prétestés auprès d'une ergothérapeute externe à l'étude, travaillant en CLSC et ayant une bonne connaissance du programme, puis ajustés au fil des groupes. Afin de limiter le risque d'omission d'éléments importants lors de la discussion, les questions étaient articulées autour des fondements théoriques du CFIR et des concepts d'intérêts, tel qu'usuellement ciblés par les études de faisabilité (Bowen *et al.*, 2009). Ces assises théoriques ont contribué à l'identification de facteurs qui n'auraient pas été rapportés autrement. Plus spécifiquement, le premier groupe de discussion s'est attardé à la perspective des participants, aux adaptations requises, aux aspects positifs et manquants de la formation (version canadienne-française) ainsi qu'à la façon dont elle répond aux besoins et prédispose à l'implantation (Annexe 9 ; objectif 1b). Au regard des cinq premières étapes du MPAS (Annexe 10 ; Carrier et Contandriopoulos, 2016), le deuxième groupe de discussion a, pour sa part, permis d'identifier des facilitateurs et des obstacles potentiels à l'implantation du programme Remodeler sa vie® (objectif 2a) ainsi que des actions à entreprendre afin de l'intégrer à plus grande échelle dans les milieux communautaires québécois (objectif 2b).

### 3.5.2.3 Mémos

Tout au long du projet, mais plus particulièrement à la suite des groupes de discussion focalisée et lors de l'analyse, l'étudiante-chercheuse a consigné, à l'aide de mémos, ses réflexions personnelles, ses idées, ses questionnements, ses expériences ainsi que les

synthèses des groupes de discussion. Ces informations écrites ont permis d'approfondir et de contextualiser les données et l'interprétation des résultats. Elles ont également assuré la documentation des aspects méthodologiques (ex. : ajustements apportés aux guides d'entretien), conceptuels (ex. : liens avec des articles ou des théories existantes) et analytiques (ex. : choix et relations entre les codes, les catégories et les thèmes). Au besoin, ces mémos ont permis d'apporter rapidement les correctifs nécessaires.

#### 3.5.2.4 *Journal de recherche*

Afin de suivre le déroulement de l'étude, un journal de recherche électronique a été utilisé pour noter régulièrement le compte rendu des activités de recherche ainsi que les modifications apportées en cours de projet. Une version papier, sous forme de carnet, a quant à elle permis de consigner les contacts et les échanges avec les participants, la directrice de recherche, les collègues et d'éventuels partenaires.

#### 3.5.2.5 *Outils d'animation de groupe*

Afin d'opérationnaliser certaines étapes du Modèle de planification des actions d'*advocacy* systémique (Carrier et Contandriopoulos, 2016), trois outils (matrice analytique du contexte, analyse PESTLE et acronyme SUCCES) ont été utilisés lors du deuxième groupe de discussion. Ces outils ont permis aux participants d'effectuer une réflexion concrète et approfondie sur la façon dont ils pourront user de leur savoir et de leur expertise afin d'influencer l'intégration du programme Remodeler sa vie® à leur pratique.

La **matrice analytique du contexte** (Figure 9 ; Contandriopoulos, Lemire, Denis & Tremblay, 2010) a permis d'analyser et de typer le contexte général entourant l'implantation du programme Remodeler sa vie®. Composée de deux axes, cette matrice a été présentée aux participants, lesquels ont été explicitement questionnés afin de situer le niveau actuel de partage des coûts humains du changement ainsi que le degré de polarisation suscité par une éventuelle implantation. Plus spécifiquement, les ergothérapeutes et les finissants en ergothérapie ont réfléchi et discuté quant au partage du pouvoir et des responsabilités entre les différentes parties prenantes dans la mise en œuvre du programme ainsi qu'à la convergence ou non de leurs intérêts et de leurs idéologies en lien avec cette implantation. Cette discussion a ensuite permis de situer le contexte d'implantation en fonction de trois zones selon que le milieu soit ouvert aux nouvelles connaissances (zone paradisiaque), indifférent (zone marécageuse) ou encore divisé (zone de polarisation ; Carrier et

Contandriopoulos, 2016). Ultimement, le positionnement du contexte d'implantation dans l'une ou l'autre de ces zones guidera le choix de stratégies optimales de transfert des connaissances.

**Figure 9**

Matrice analytique du contexte

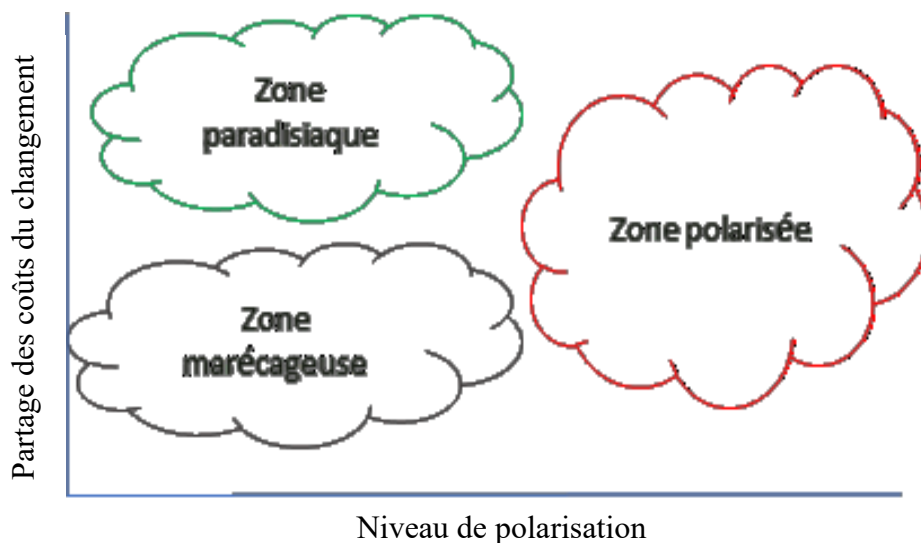


Figure traduite et adaptée de Contandriopoulos (2012). Reproduite avec l'autorisation de Longwoods

Toujours dans le but d'analyser le contexte et en complément à la matrice analytique du contexte, l'**analyse PESTLE** (Tableau 8 ; MindTools.com, 2006) est un outil préconisant un examen systématique des facteurs externes à l'organisation qui implante. Ces facteurs concernent les aspects politiques, économiques, sociaux, technologiques, légaux et environnementaux susceptibles de devenir des opportunités ou des défis à l'implantation du programme. D'abord complétée individuellement à partir d'exemples mentionnés par les participantes lors du premier groupe de discussion, cette grille a ensuite été utilisée afin de stimuler la réflexion et d'approfondir les discussions de groupe. Les réponses écrites ont été recueillies, compilées, puis analysées de façon complémentaire aux échanges de groupe. Plus précisément, cette analyse de contenu thématique a permis d'enrichir les données issues de



l'intersubjectivité (Leclerc *et al.*, 2011) en donnant accès une perspective davantage individuelle.

Développé à partir des principes préconisés en marketing et en psychologie positive, l'**acronyme SUCCES**, pour *simple, unexpected, concrete, credible, emotion et story*, propose six stratégies communicationnelles afin de bien ancrer les idées transmises dans l'esprit d'un public cible, habituellement non scientifique (Heath et Heath, 2010). Pour ce faire, les idées doivent être formulées de façon simple, inattendue, concrète, crédible, émouvante et anecdotique. À la lumière de ces caractéristiques, les participants ont été invités à réfléchir individuellement puis à partager en groupe les éléments qui selon eux, devaient être mis de l'avant afin de transmettre un message clair et efficace aux décideurs.

**Tableau 8**  
Grille d'analyse PESTLE

	Facteur	Opportunité	Défi
<b>Politique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agenda politique</li> <li>- Vision des politiciens</li> <li>- Stabilité politique</li> <li>- Changement de gouvernement</li> <li>- Politiques gouvernementales en santé</li> </ul>	<i>Ex. Petit nombre de cliniciens en première ligne</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rôle de prévention et de promotion de la santé à développer en première ligne</li> <li>▪ Fonctionnement top-down</li> <li>▪ Cibles et indicateurs de performance axés sur la prise en charge plutôt que sur la santé</li> <li>▪ Cadre normatif ministériel axé sur le curatif plutôt que sur le préventif</li> </ul>	<i>Impliquer les stagiaires en ergothérapie pour donner l'intervention</i>	<i>Possibilités limitées de pérennisation des ressources.</i>
<b>Économique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Économie locale, nationale et globale (stable, croissance, déclin)</li> <li>- Niveau de revenus</li> <li>- Accès à l'emploi</li> <li>- Coût et disponibilité de la main-d'œuvre</li> <li>- Mécanismes de financement</li> </ul>	<i>Ex. Capacité et volonté parfois limitées des aînés à payer</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Variété de partenaires financiers</li> <li>▪ Investissements du secteur public en fonction de commandes ministérielles, mais secteur qui rejoint plus largement la clientèle</li> <li>▪ Peu de programmes en place pour les aînés en pratique privée, mais latitude pour investir dans les innovations</li> <li>▪ Moyens financiers limités du milieu communautaire, mais proximité avec la population</li> <li>▪ Couverture d'assurances à étendre pour les services préventifs.</li> </ul>	<i>Solliciter les assureurs pour couvrir les interventions d'ergothérapie préventives</i>	<i>Risque de creuser les inégalités en santé si l'intervention est offerte en pratique privée</i>

	Facteur	Opportunité	Défi
<b>Socioculturel</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tendances sociales</li> <li>- Croissance et profil de la population</li> <li>- Changements générationnels</li> <li>- Besoins, préférences et valeurs</li> <li>- Immigration, croyances religieuses, choix de vie</li> <li>- Niveau d'éducation, de santé et de mobilité</li> </ul>	<i>Ex. Importance de s'intéresser à la population vieillissante</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Appui possible des Baby-boomers pour implanter l'intervention</li> <li>▪ Ouverture aux projets pilotes avec les P3 et P4</li> <li>▪ Non-admissibilité aux services pour les profils Iso-SMAF 1 à 4</li> <li>▪ Ressources parfois limitées de transport</li> <li>▪ Préconisation de services individuels plutôt qu'en groupe</li> <li>▪ Responsabiliser les clients plutôt qu'en prendre soin</li> <li>▪ Ergothérapie et <i>Lifestyle Redesign</i> méconnus</li> </ul>	<i>Levier pour justifier la pertinence de l'intervention auprès des décideurs</i>	<i>Défi de cibler les aînés qui bénéficieront le plus de l'intervention</i>
<b>Technologique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Technologies utilisées ou à venir</li> <li>- Informatisation</li> <li>- Protection des données</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utilisation des profils Iso-SMAF et de l'OCCI</li> <li>▪ Possibilité de communauté de pratique virtuelle</li> <li>▪ Disponibilité d'une formation en ligne</li> <li>▪ Promotion du <i>Lifestyle Redesign</i> par le biais d'une vidéo</li> </ul>		
<b>Légal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lois actuelles et à venir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Respect des normes de la tenue de dossiers</li> <li>▪ Respect du champ de pratique de l'ergothérapie</li> </ul>		
<b>Environnement</b> Construit Naturel	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participation des aînés variable en fonction des saisons (estivale et hivernale)</li> <li>▪ Disponibilité de locaux</li> </ul>		

Tableau traduit et adapté de MindTools.com (2006). Reproduit avec l'autorisation de Mind Tools Ltd.

### 3.6 Analyse et interprétation des données

Le profil des participants et leur contexte ont d'abord été décrits à l'aide de statistiques descriptives en termes de médianes et d'intervalles semi-interquartiles pour les variables numériques et de fréquences et de pourcentages pour les variables catégoriques. Parallèlement, les données issues des réponses ouvertes du questionnaire sociodémographique, des verbatim et des mémos ont été analysées de façon qualitative par le biais d'une analyse de contenu thématique réalisée à l'aide du logiciel NVivo12. D'une part, cette analyse a permis de dégager, dans une visée clinique, des pistes d'amélioration de la formation (objectif 1b). D'autre part, cette méthode d'analyse a permis de synthétiser les facteurs influençant la préimplantation du programme Remodeler sa vie® (objectif 2a) ainsi que les actions à entreprendre en vue d'une éventuelle implantation (objectif 2b), et ce, tout en examinant les similarités et les différences entre les différents milieux cliniques (ex. : centre de jour, soutien à domicile, clinique privée). Concrètement, le processus d'analyse a suivi deux cycles de codage (Miles *et al.*, 2014). Lors du premier cycle, l'étudiante-chercheuse a procédé à une écoute des enregistrements issus des groupes de discussion focalisée, et ce, dans un but d'appropriation et d'approfondissement des données. Par la suite, les verbatim des groupes de discussion focalisée ont été retranscrits et anonymisés par trois transcriptrices externes au projet, et ce, à partir de règles de transcription. Les verbatim ont ensuite été révisés et segmentés en unités de sens par l'étudiante-chercheuse. Ces unités de sens ont fait l'objet d'un codage mixte soutenu par les objectifs de l'étude et les éléments constitutifs du CFIR (catégories et construits ; codage déductif). Afin d'assurer la précision du codage, quatre modèles théoriques complémentaires ont par ailleurs été utilisés. Le modèle écosystémique de Bronfenbrenner (2001), décrivant l'influence de cinq facteurs (onto, micro, méso, exo et macrosystémique) sur le développement de l'individu, a d'abord été utilisé pour classifier les retombées du programme. Le modèle de Roehlkepartain (2001), comportant cinq phases de changement de comportement (réceptivité, conscience, mobilisation, action et continuité) a, quant à lui, servi à situer le stade de changement des participantes quant à une éventuelle implantation. Pour sa part, le contexte externe a été examiné grâce au système d'analyse PESTLE décrit précédemment. Enfin, le cadre de la *Queensland Health* (2001) portant sur les déterminants sociaux de la santé et du mieux-être, a permis de classifier les caractéristiques des aînés, incluant leurs besoins, leurs difficultés

et leurs préférences. Considérant que certains facteurs d'importance soulevés par les participants n'étaient pas pris en compte par le CFIR, ces facteurs ont donné lieu à un codage ouvert (inductif). Afin d'assurer la justesse du codage ainsi que le raffinement des descriptions des thèmes émergents, le premier groupe de discussion a été co-codé par la directrice de recherche. Les différences entre les codes ont été résolues par un processus de discussion et de consensus, rehaussant ainsi la crédibilité et la confiance dans les résultats.

Afin de maintenir l'enlignement du codage avec la question et les objectifs de recherche et d'assurer sa cohérence tout au long du processus, des règles générales de codification des verbatim ont été établies. Bien que ces règles n'aient pas été élaborées dans une visée de mesure du degré d'accord interjuges, elles ont tout de même contribué à rehausser la fidélité intercodeurs et la validité des conclusions. Parallèlement, des règles de codage détaillées et spécifiques à chacun des nœuds (incluant la définition complète, les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que des exemples) ont été explicitées dans un lexique des codes, lequel était généré et mis à jour de façon régulière à partir du logiciel NVivo 12. Ce lexique, dérivé du canevas proposé par les auteurs du CFIR, a été validé par la directrice de recherche afin d'assurer la pertinence, la justesse et la définition des codes. Lors du deuxième cycle, les codes ont été condensés en catégories (ex. : retombées pour les aînés, les intervenants, l'organisation), lesquelles ont été révisées et comparées entre elles afin d'en dégager des thèmes saillants (retombées à de multiples niveaux). Ces thèmes ont permis de témoigner de la perception des ergothérapeutes en explicitant les processus influençant la préimplantation du programme et les améliorations à apporter à la formation. Malgré la présentation en apparence statique des deux cycles de codage, le processus de recueil et d'analyse des données s'est effectué de façon concomitante, permettant ainsi des allers-retours entre la réflexion au sujet des données existantes et la génération de stratégies pour améliorer la suite de la collecte. Tout au long de l'analyse, la prise en compte des mémos a permis de générer des codes et des catégories additionnelles enrichissant ainsi l'interprétation des données.

### **3.7 Critères de scientificité**

Au regard des critères énoncés par Lincoln et Guba (1985), plusieurs stratégies ont été utilisées tout au long de l'étude afin d'en assurer sa rigueur. Un portrait authentique et

transparent de la perspective des ergothérapeutes et des finissants en ergothérapie ainsi qu'une vérification de la justesse des descriptions, des explications et des interprétations par les participants rehausse la **crédibilité** de la recherche. La **transférabilité** des conclusions à d'autres contextes de pratique est quant à elle soutenue par une description détaillée des participants et de leur contexte. L'utilisation de modèles théoriques reconnus et d'un recrutement multisite contribue aussi à la transférabilité des résultats. La **fidélité** est quant à elle promue par la description détaillée des stratégies de collecte et d'analyse des données. Pendant la phase d'analyse, l'étroite relation entre la définition des codes et le cadre conceptuel a assuré la validité des données. Enfin, la **fiabilité** de l'étude est assurée par l'utilisation de mémos et de bandes audionumériques ainsi que par la participation de l'étudiante-chercheuse et de sa directrice de recherche, notamment lors des groupes de discussion et du codage.

### 3.8 Considérations éthiques

Le protocole de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité] (Annexe 12). Il a également reçu l'approbation éthique des deux centres partenaires [noms des établissements partenaires retirés à des fins de confidentialité]. Le recrutement a été réalisé sur une base volontaire et ne ciblait pas de groupes vulnérables. Aucune rémunération n'a été associée à la participation des ergothérapeutes et des finissants en ergothérapie, mais la formation à la version canadienne-française du programme Remodeler sa vie® (valeur comparative à 210 \$ US) ainsi que le dîner et les collations lors des journées de formation ont été offerts gratuitement. Un consentement libre et éclairé a été obtenu à l'écrit avant de débiter la démarche de collecte de données auprès de chaque participant. Un formulaire d'information et de consentement, incluant le but de la recherche, les retombées potentielles, les risques et les bénéfices, a été signé par les ergothérapeutes et les finissants en ergothérapie (Annexe 8). Les participants ont eu accès à toute l'information pertinente et ils étaient informés de leur droit de révoquer leur participation à tout moment, sans conséquence négative ou préjudice, et ce, sans avoir à justifier leur décision. De façon cohérente avec les enjeux éthiques propres à la recherche-action, une attention particulière a été portée à la protection de l'anonymat et de la confidentialité. Concrètement, la mise en

place d'un cadre dès le début des groupes de discussion focalisée a permis d'explicitier les règles, les devoirs, les responsabilités et les engagements de chacun. Les données ont été dénominalisées et tenues confidentielles par l'équipe de recherche. Les divers documents du dossier de recherche (ex. : : questionnaires sociodémographiques, transcriptions des discussions) ont été codifiés à l'aide d'un numéro et seules l'étudiante-chercheure et sa directrice de recherche ont accès à la liste maîtresse. Cette liste, ainsi que les documents papier et les FIC, sont conservés séparément dans le bureau de l'étudiante-chercheure situé au local H-0520 au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS). Les enregistrements sonores de format numérique et les transcriptions des discussions sont enregistrés dans les ordinateurs sécurisés de la directrice de recherche et de l'étudiante-chercheure qui sont protégés par un mot de passe. La conservation des données est effectuée en fonction du niveau de sensibilité des données. Ainsi, les enregistrements sonores seront détruits un an après la fin de l'étude, les données personnelles des participants le seront après cinq ans et les transcriptions des groupes de discussion après 10 ans. Seules les données dénominalisées pourront être conservées par la directrice de recherche pour une durée de 25 ans.

## CHAPITRE 4

### RÉSULTATS

Ce chapitre débute avec la description de l'échantillon d'ergothérapeutes et de finissants en ergothérapie recrutés dans le cadre de cette étude. Il se poursuit avec la présentation des résultats selon quatre grandes sections correspondant aux objectifs de l'étude soit 1) le processus de traduction de la formation du programme Remodeler sa vie®, 2) l'examen de sa version canadienne-française, 3) la présentation des facteurs perçus par les ergothérapeutes et les finissants en ergothérapie comme exerçant une influence sur l'implantation du programme et 4) les actions à entreprendre en vue d'une implantation réussie.

#### 4.1 Caractéristiques des participants à l'étude

L'échantillon composant la présente étude comptait 24 personnes, soit 19 ergothérapeutes, 4 finissantes en ergothérapie avec un profil entrepreneurial et une étudiante de troisième année en ergothérapie ayant développé un projet entrepreneurial en lien avec le programme Remodeler sa vie® (Tableau 9). Illustrant potentiellement l'engouement pour le programme, le recrutement a cessé comme prévu, soit après quatre semaines et en raison de l'atteinte du nombre de participants et de leur représentativité théorique. Tous les participants étaient des femmes (Tableau 9). Elles étaient âgées entre 22 et 60 ans et la majorité (13 ; 54,2 %) détenait un baccalauréat. Cinq (20,8 %) détenait une formation additionnelle de premier ou de deuxième cycle dans des domaines connexes à la santé (ex. : psychologie, épidémiologie, gérontologie et éthique clinique) ou complémentaires (biologie moléculaire et géosciences). Les trois quarts (18 ; 75,0 %) des participantes étaient des cliniciennes et la majorité (13 ; 54,2 %) provenait du secteur public (Tableau 9). Parmi ces cliniciennes, deux (10,5 %) ne pratiquaient pas au moment de l'étude, l'une étant sans emploi et l'autre ayant effectué un retour aux études. La majorité des cliniciennes exerçant des activités professionnelles travaillaient auprès d'une clientèle âgée (12 ; 70,6 %) incluant auprès de communautés anglophone (1 ; 5,9 %) et religieuse (1 ; 5,9 %). Près du tiers (5 ; 29,4 %) travaillait auprès d'une clientèle en santé mentale (4 ; 23,5 % ; Tableau 9). Plusieurs (11 ; 64,7 %) de ces cliniciennes intégraient déjà des interventions préventives à leur pratique (ex. : *counselling*



individuel sur la prévention des chutes, groupes éducatifs sur les saines habitudes de vie) et la majorité (17 ; 70,8 %) avait déjà entendu parler du programme Remodeler sa vie® lors de conférences scientifiques ou de formations académiques. Préalablement à la formation du programme Remodeler sa vie®, plus de la moitié des participantes (13 ; 54,2 %) avaient comme objectif de formation d'augmenter leurs connaissances ou leur compréhension du programme (Tableau 9). Enfin, près des deux cinquièmes (9 ; 37,5 %) des participantes visaient l'application du programme ou l'analyse d'une éventuelle implantation. Alors que les cliniciennes du secteur public ont été réparties dans deux groupes de discussion (A et B), celles du secteur privé ont été jumelées, dans un troisième groupe, aux finissantes en ergothérapie. Un groupe mixte (public et privé) a également servi de groupe de reprise lors de la deuxième série de groupes de discussion.

**Tableau 9**  
Caractéristiques des participants à l'étude (n = 24)

Variable	Moy (é-t) Md [ISIQ]	Fréquence (%)
Âge (ans)	36,8 (10,9) 35,5 [8,8]	
Genre (femme)		24 (100)
Scolarité	- Collégial - Baccalauréat - Maîtrise	1 (4,2) 13 (54,2) 10 (41,7)
Statut professionnel	- Finissant - Clinicien - Autre	4 (16,7) 19 (79,2) 1 (4,2)
Milieu de travail	- Public - Privé - Sans emploi - Autre	13 (54,2) 4 (16,7) 6 (25,0) 1 (4,2)
Expérience clinique (années)	- 0-5 - 6-10 - 11-15 - 16-20 - > 20	10 (41,7) 3 (12,5) 3 (12,5) 4 (16,7) 4 (16,7)
Clientèle	- Aînée - Santé mentale - Mixte	12 (70,6) 4 (23,5) 1 (5,9)
Interventions préventives (oui)		11 (64,7)
Connaissance du programme (oui)	- Oui	17 (70,8)
Objectif de formation poursuivi	- Connaissance / compréhension - Application / analyse	13 (54,2) 9 (37,5)

Moy : moyenne ; é-t : écart-type ; Md : médiane et ISIQ : intervalle semi-interquartile

## 4.2 Description du processus de traduction du programme Remodeler sa vie®

Dans le cadre de la présente étude, les six heures de formation du *Lifestyle Redesign*®, incluant 309 diapositives PowerPoint, 92 pages de narrations scriptée, 72 questions à choix multiples et 19 vidéos sous-titrées, ont d'abord été traduites de l'anglais vers le français par l'étudiante-chercheure, aidée de trois étudiantes à la maîtrise en ergothérapie, possédant toutes une bonne maîtrise de l'anglais. Réalisée de façon indépendante par chaque étudiante et revue minimalement par deux d'entre elles avant d'être révisée par la directrice de recherche, la traduction a principalement porté sur l'équivalence sémantique, fonctionnelle et expérientielle (Corbière & Fraccaroli, 2014). Dans un souci de cohérence, la formation traduite a de plus été harmonisée au manuel du programme, lequel a fait l'objet d'une traduction professionnelle et d'une validation par une équipe de 14 experts en vieillissement, en promotion de la santé et en ergothérapie (Levasseur *et al.*, en préparation). À la suite de cette première révision, les principales adaptations concernaient les références au système de santé québécois et les résultats rapportés par les études démographiques. Cette version révisée a par la suite été de nouveau révisée par un comité de six chercheuses québécoises ayant une connaissance approfondie de l'intervention. Les membres du comité, sélectionnés parmi les co-chercheurs d'un volet complémentaire à la présente étude, ont procédé, de façon indépendante, à la révision d'une partie de la formation. Plus précisément, les experts étaient invités à se prononcer sur l'applicabilité de la traduction au contexte québécois ainsi que sur les erreurs de français ou de signification. Les commentaires et les suggestions du comité d'experts ont été traités conjointement par l'étudiante et sa directrice, résultant en une version révisée et bonifiée de la formation, laquelle a ensuite été utilisée pour former les participantes. Contrairement à la version américaine (en ligne), le comité d'experts a suggéré l'utilisation d'une approche de formation hybride (en présentiel et en ligne). Enfin, l'examen par les ergothérapeutes et les finissantes en ergothérapie a permis, dans un processus itératif, de raffiner l'adaptation de la formation traduite en collaboration avec les futures utilisatrices des connaissances.

## 4.3 Examen de la formation traduite du programme Remodeler sa vie®

L'examen de la formation traduite du programme Remodeler sa vie® est décrit en fonction :

1) du niveau d'atteinte de ses objectifs, 2) de son adaptation culturelle au contexte québécois

et 3) de l'appréciation de son design pédagogique. Les résultats sont présentés sous forme de principaux constats et de pistes d'amélioration à apporter à la formation (Tableau 10).

#### **4.3.1 Niveau d'atteinte des objectifs de la formation**

La formation a d'abord permis aux participantes de mieux connaître le programme et de comprendre davantage comment l'appliquer auprès d'une clientèle aînée. Par exemple, la structure du programme, son déroulement, sa ainsi que la façon d'aborder son contenu étaient plus concrets à la suite de la formation. Les participantes rapportaient également mieux comprendre l'apport et le rôle spécifique de l'ergothérapeute. Comme pour toute autre formation, les participantes indiquaient qu'un temps d'appropriation était nécessaire avant de pouvoir intégrer le programme à leur pratique. Afin de favoriser cette appropriation, les outils additionnels (ex. : cahier du participant et de l'animateur) ainsi que les réponses aux questions soulevées lors des groupes de discussion ont été jugés comme étant nécessaires (Tableau 10). Par ailleurs, bien que des questions persistaient quant à l'application du programme auprès d'autres clientèles (ex. : douleur chronique, santé mentale), la formation a tout de même permis à certaines participantes de se faire une représentation mentale adéquate des applications possibles du programme : *« Je voyais facilement comment je pourrais [appliquer le programme Remodeler sa vie®] avec certains types de clientèle. Je trouvais ça pas mal [plaisant]. »* (Groupe 1 Public A ; G1PuA).

#### **4.3.2 Adaptation culturelle de la formation**

L'adaptation culturelle de la formation Remodeler sa vie® a été abordée à la lumière de trois dimensions, soit : 1) les aspects linguistiques, 2) le contenu du programme et 3) les outils pédagogiques.

##### **4.3.2.1 Adaptation linguistique de la formation**

La qualité de la traduction de la formation a été perçue positivement. Globalement, les ergothérapeutes ont apprécié et reconnu la valeur d'avoir accès à une version française du programme : *« C'est [plaisant] de pouvoir avoir [la formation] en français, c'est vraiment un gros plus. »* (G2PuA). Elles ont également souligné l'adéquation de la traduction avec la culture francophone et ergothérapique : *« On se reconnaît, c'est écrit version canadienne-française. Je lis ça et [...] je trouve que ça nous rejoint dans la terminologie ergo. »*

(G2PuA). En ce qui concerne les vidéos présentées lors de la formation, des versions originales françaises auraient été souhaitées plutôt que des versions anglophones sous-titrées (Tableau 10). Au moment de l'étude, l'absence de nom francophone du programme a été soulevée dans l'ensemble des groupes comme un obstacle au recrutement et à l'engagement des aînés : « *De présenter [le programme] à la population québécoise en disant que c'est le 'Lifestyle Redesign', est-ce que ça ne pourrait pas fermer certaines personnes à participer à un groupe qui a un nom comme ça ou ne pas les toucher ?* » (G2PuB).

#### 4.3.2.2 Adaptation du contenu de la formation

Les thèmes abordés dans le cadre de la formation du programme Remodeler sa vie® étaient, selon les participantes, bien adaptés à la réalité des Québécois vieillissants. En effet, l'universalité des thèmes, tels que le vieillissement et les déterminants de la santé, apparaissait correspondre aux besoins et aux préoccupations des aînés, et ce, tels que rencontrés dans la pratique des ergothérapeutes : « *C'est un programme qui vient vraiment se coller aux besoins de nos clients. Dans ce sens-là, les différents thèmes sont bien adaptés au contexte d'ici.* » (G1PuA). Afin de construire une intervention répondant aux besoins et aux caractéristiques spécifiques de leur clientèle aînée, les ergothérapeutes concevaient qu'elles avaient un rôle à jouer dans la création de contenus adaptés. Elles identifiaient cependant certaines zones de tension quant au temps requis pour effectuer ces adaptations et à l'importance de maintenir les éléments clés du programme afin d'en assurer son efficacité. Enfin, les ergothérapeutes considéraient que les ressources utilisées lors de la formation, telles que les références, gagneraient à être québécoisées et que des solutions reflétant mieux la diversité des milieux mériteraient d'être davantage intégrées à la formation et au contenu du programme (Tableau 10) : « *Je trouvais que ce qui manquait, c'étaient des alternatives pour les milieux ruraux, par exemple, lorsqu'il n'y a pas de transport en commun et que le transport adapté s'y rend à peine.* » (G1PuB).

#### 4.3.2.3 Adaptation des outils pédagogiques de la formation

Parmi les outils pédagogiques utilisés, les vidéos de formation sont ceux qui ont été le plus critiqués en matière d'adaptation culturelle. Lors de leur présentation, des différences culturelles ont été relevées, principalement au niveau des interactions entre les clients et les thérapeutes. Plus spécifiquement, ces interactions ont été perçues artificielles et peu représentatives des modes relationnels actuellement préconisés dans la pratique. Certaines

participantes ont, par exemple, été agacées par une impression de partage inégal du pouvoir entre le thérapeute et son client et par une attitude parfois trop optimiste de la part du thérapeute : attitude jugée davantage caractéristique de la pratique américaine : « *Dans le lien, on sentait que c'était artificiel, très formel et pas d'égal à égal.* » (G1PuA).

Deuxièmement, les participantes ont déploré le portrait homogène des aînés et du vieillissement qui était dépeint dans les vidéos. En mettant majoritairement en scène de jeunes aînés autonomes, les vidéos ne faisaient pas état des différents segments de la population aînée ainsi que de la diversité de leurs profils fonctionnels et sociodémographiques. Bien qu'ils fassent partie de la clientèle cible du programme Remodeler sa vie®, les jeunes aînés autonomes étaient rarement suivis par les participantes. Afin de rehausser l'adéquation du programme avec la pratique ainsi que leur adhésion au programme, les participantes percevaient qu'une plus grande hétérogénéité d'expériences de vieillissement, incluant des aînés ayant des incapacités, gagnerait à être véhiculée à travers les vidéos : « *Ça m'accrochait que ce soit toujours le même type de clientèle.* » (Tableau 10; G1PuA).

#### ***4.3.3 Appréciation du design pédagogique de la formation***

Dans le cadre de la présente étude, le design pédagogique, c'est-à-dire le choix des méthodes et des moyens d'enseignement, a été abordé sous l'angle : 1) du dispositif d'enseignement, 2) des activités d'apprentissage, 3) des outils pédagogiques, 4) de l'aspect temporel de la formation, 5) de son contenu, 6) de ses retombées ainsi que 7) de la qualité des formatrices.

##### ***4.3.3.1 Appréciation du dispositif d'enseignement***

Le mode d'enseignement en présentiel a été jugé nécessaire pour permettre la mise en pratique, les échanges, la réflexion et la discussion. En plus d'avoir été favorisé par une majorité d'entre elles, les participantes rapportaient que le mode d'enseignement en présentiel leur avait permis d'augmenter leur intérêt et leur degré d'approfondissement du contenu présenté. L'enseignement en présentiel semblait aussi particulièrement adapté à la présentation des contenus théoriques et historiques du programme, lesquels étaient mieux compris à la lumière des explications et des exemples fournis par le formateur :

*« Je trouvais ça vraiment important que les parties un et deux [contexte historique et scientifique] soient en présentiel, parce qu'on ne parviendrait pas à aller chercher cette information sans être dans un groupe avec un formateur qui est là, qui nous l'explique, [à qui] on peut poser des questions, [avec qui] on peut faire des échanges. C'est aidant. » (Groupe 1 Privé ; G1Pr)*

Les avis relatifs au mode d'enseignement en ligne étaient quant à eux partagés. De prime abord, l'intégration d'une composante en ligne à la formation a été appréciée, de même que la qualité de sa conception. Les principaux avantages relevés concernaient l'élimination des coûts de déplacement, d'hébergement et de subsistances ainsi que la flexibilité du dispositif asynchrone permettant l'apprentissage au rythme de l'apprenant. En permettant la réécoute de certains segments de la formation, ce processus d'apprentissage plus personnalisé et flexible a notamment été apprécié de certaines participantes : *« J'aimais beaucoup la version en ligne. Ça me permettait d'aller à mon rythme. » (G1PuA)*. Plusieurs participantes ont de plus souligné le potentiel des modules en ligne pour, avant la formation, optimiser le temps en présence et, post-formation, comme outil de rappel et de soutien à la mise en œuvre du programme. Malgré les avantages et l'utilité d'une formule en ligne, ce mode d'enseignement ne semblait pas prendre en compte les différences individuelles quant aux styles d'apprentissages. Par exemple, il était plus difficile pour certaines participantes de maintenir leur attention et leur intérêt lors du visionnement des modules en ligne. Par ailleurs, l'aspect magistral et parfois décontextualisé des modules en ligne par rapport à la spécificité ergothérapique semblait avoir nui à la rétention de l'information :

*« En ligne, ça ressemblait à un cours très très magistral où j'essayais de me dépêcher à prendre des notes. Pour ma part [...] je vais beaucoup moins retenir l'information [...]. Je trouvais ça plus difficile de soutenir mon intérêt et la rétention d'information était plus exigeante. » (G1PuB).*

De plus, en étant dépouillée de la richesse des échanges, une formule uniquement en ligne apparaissait insuffisante et moins stimulante aux yeux des participantes : *« Je trouve qu'il manquait la richesse des exemples et des échanges dans les modules en ligne. » (G1Pr)*. De

plus, puisqu'elle risquait d'entraver l'achèvement de la formation, une formule en ligne semblait également moins adaptée à un apprentissage de cette durée : *« C'est trop long comme formation pour la faire entièrement en ligne [...] Probablement que j'étirerais les modules très longtemps, ce qui ferait en sorte que je me souviendrais plus du début quand j'arriverais à la fin. »* (G1PuA). En fonction de ces constats, un dispositif hybride en ligne et en présentiel était suggéré pour les formations à venir (Tableau 10).

#### 4.3.3.2 Appréciation des activités d'apprentissage

Malgré le caractère magistral induit par l'utilisation de présentations PowerPoint, les participantes ont apprécié l'ajout d'exemples tirés du vécu des formatrices ainsi que les occasions d'échanges qui leur ont permis une réflexion et un apprentissage plus approfondis. L'importance de laisser place à des activités d'apprentissage plus actives et authentiques, telles que l'expérimentation, les jeux de rôles, les activités collaboratives, les interactions, la réflexivité, l'expression des idées et le partage d'expérience, a également été soulignée par les participantes. Cet ancrage dans l'expérientiel leur semblait à la fois congruent avec les fondements du programme et utile à l'exploration et au traitement de préoccupations réelles : *« Des exercices où on peut explorer en groupe, aller plus loin, faire l'analyse ensemble. Ce serait intéressant et encore plus pertinent. »* (G1PuB).

#### 4.3.3.3 Appréciation des outils pédagogiques

Les participantes se sont prononcées sur la qualité des outils pédagogiques utilisés lors de la formation en présentiel, et ce, en fonction du matériel imprimé (cahier de formation) et numérique (PowerPoint et vidéos). Afin d'assurer la lisibilité et l'utilisation ultérieure du cahier de formation à titre d'outil de référence, son apparence visuelle (liée à des problèmes d'impression) et sa typographie (taille de police trop petite) ont été relevées comme éléments à améliorer (Tableau 10). Ces enjeux de lisibilité semblaient avoir limité l'apprentissage des participantes qui rapportaient avoir été davantage portées à écrire qu'à écouter. Par ailleurs, bien que les présentations PowerPoint aient été regroupées dans un cahier de formation, les participantes jugeaient que le manuel traduit du programme (actuellement en édition) était un complément nécessaire à inclure aux formations à venir. Selon les participantes, le fait d'inclure le manuel dans le coût de la formation pourrait leur permettre d'annoter et de s'y référer avant, pendant et après la formation, d'être mieux outillées et, ultimement, plus rapidement prêtes pour mettre les connaissances en pratique : *« On attend le livre et on*



*commence demain matin.* » (Tableau 10; G1PuA). Quant aux vidéos, leur intégration à la formation a été appréciée, notamment afin de mieux contraster et illustrer le raisonnement professionnel lors d'interventions individuelles et de groupe. De plus, les participantes estimaient que les vidéos de formation ajoutaient de la valeur à l'enseignement en lui donnant une dimension plus appliquée et authentique. Ces vidéos aidaient également à la compréhension et au maintien de l'attention. Le caractère scénarisé des vidéos pourrait cependant avoir limité leur capacité à soutenir l'apprentissage des participantes. En effet, l'interprétation par des acteurs, plutôt que par des clients réels, ainsi que le manque de vraisemblance avec les interventions de groupe, comportant habituellement davantage de personnes en présence, d'interactions et de défis, n'ont pas permis de mettre en évidence l'utilisation thérapeutique du groupe et sa dimension socioaffective. Ainsi, malgré l'appréciation des vidéos comme outil pédagogique, les participantes étaient d'avis que ces dernières ne les préparaient pas optimalement à l'animation de groupe : *« Dans les vidéos, ça aurait été intéressant de filmer un vrai groupe en pleine action. Un groupe de huit, qu'on voit vraiment l'intervention et les interactions. Ça aurait été plus réel, plus collé à ce qu'on fait. »* (G1PuA).

#### 4.3.3.4 Appréciation de l'aspect temporel

L'aspect temporel a été abordé sous l'angle de la durée de la formation, de la répartition des contenus dans le temps et du rythme de présentation des contenus. Un des constats qui s'est imposé était la perception d'une durée insuffisante pour couvrir et approfondir l'ensemble des modules. Ce constat était en partie attribuable au déséquilibre perçu entre le temps imparti à la présentation du contenu théorique versus clinique. En effet, l'envergure du contenu historique et scientifique, combiné aux questions et aux échanges, semblait avoir créé une pression de temps pour couvrir le contenu clinique (modules) de la formation. Les participantes ont ainsi perçu un rythme de présentation des modules accéléré et condensé, ce qui ne favorisait pas leur rétention, leur approfondissement et leur utilisation future des connaissances : *« Je trouvais que c'était très condensé en une journée. Il y avait beaucoup de contenu et en raison du temps passé sur la discussion, on avait moins de temps pour le contenu, c'était comme accéléré. J'ai l'impression que j'ai moins retenu l'information. »* (G1PuA). Afin de compenser ce déséquilibre et de faire place à des méthodes pédagogiques plus actives (ex. : expérimentation, réflexion, discussion), il a été suggéré d'allonger et

d'espacer la formation en présence sur deux journées non consécutives et de fournir, préalablement à celle-ci, l'accès au contenu en ligne (Tableau 10).

#### 4.3.3.5 *Appréciation du contenu de la formation*

Que ce soit en lien avec ses aspects théoriques, cliniques ou d'implantation, le contenu de la formation du programme Remodeler sa vie® était considéré pertinent et adéquatement présenté. Plus spécifiquement par rapport au contenu clinique, les idées de questions et d'activités incluses à la formation semblaient avoir outillé les participantes novices et inspiré les plus chevronnées à revoir leur pratique en y intégrant, par exemple, des concepts ancrés dans le paradigme occupationnel. Ces idées de questions et d'activités semblaient par ailleurs constituer une base uniforme tout en offrant un éventail de choix aux intervenants qui les appliqueraient. Malgré tout, certains choix de modules apparaissaient incontournables tels que rapporté par une des participantes : *« Je trouve que le module sur la sécurité à domicile [et dans la communauté] est important et qu'il correspond à la majorité des gens. »* (Groupe 2 Mixte ; G2M). Pour certaines, l'utilité des questions et des activités de groupe semblait transposable à une pratique individuelle plus traditionnelle. Parallèlement, l'utilisation d'une modalité de groupe, soutenue par un contenu préventif, ergothérapique et fondé sur les résultats probants, était considérée novatrice et distinctive par rapport aux autres formations actuellement offertes en ergothérapie : *« Ce que j'ai apprécié particulièrement c'est de voir la spécificité de l'ergothérapie et les données probantes démontrant l'apport de l'ergothérapie par rapport à l'utilisation d'activités récréatives seulement. »* (G1Pr). Selon les participantes, le contenu clinique de la formation pourrait cependant être bonifié par l'ajout d'information, notamment sur la contribution de certains thèmes au maintien de la santé, les consignes rédactionnelles pour la tenue des dossiers, le respect des champs de compétences professionnelles et les habiletés d'animation et de gestion de groupe (Tableau 10). Concernant l'animation de groupe, une mise à niveau semblait s'imposer pour une majorité de participantes qui mettent peu à profit ce type d'habiletés dans leur pratique usuelle. Bien que plusieurs participantes souhaitent voir un contenu de base sur l'animation de groupe intégré à la formation du programme Remodeler sa vie®, d'autres étaient plutôt d'avis qu'il s'agissait d'un prérequis devant être maîtrisé en marge de la formation du programme : *« En proposant la formation, ça serait utile de savoir qu'il faut avoir des*

*habiletés pour animer des groupes. Peut-être qu'à ce moment, les gens iraient chercher une formation d'animation de groupe avant de se former au programme. » (G1PuA).*

Tel que rapporté par les participantes, le contenu théorique de la formation, incluant ses dimensions historique et scientifique, a été grandement apprécié : *« Les données probantes, je les ai toutes trouvées super intéressantes et je pense qu'elles peuvent appuyer des actions pour l'implantation du programme. » (G1Pr).* À titre d'amélioration de la formation, les participantes ont suggéré l'ajout de ressources et de références complémentaires permettant l'approfondissement des thèmes, le partage des évidences scientifiques au sujet du programme et la mise à jour de certains contenus tels que le guide alimentaire canadien, lequel était en révision au moment de la présente étude (Tableau 10).

Enfin, le contenu relatif à la mise en œuvre a surtout été abordé en termes de pistes d'amélioration (Tableau 10). Les participantes ont notamment suggéré l'ajout de précisions quant à la gestion des aspects administratifs (ex. : absence et abandons, sources de financement, modalités de paiement et ententes de services avec le client). Par ailleurs, il semblait important de parler davantage d'implantation en discutant des étapes à suivre, des façons de faire et des conditions essentielles à une implantation réussie : *« Ce serait intéressant qu'éventuellement, dans la formation, [l'implantation] du programme soit plus étoffée. Comment et où part-on concrètement pour l'implanter ? » (G1Pr).*

#### 4.3.3.6 Appréciation des retombées de formation

De nombreuses retombées de la formation ont été identifiées et elles vont de l'éveil quant à l'importance de la prévention jusqu'à la transformation des pratiques. Pour certaines, la formation a confirmé l'adéquation entre leur pratique et les évidences scientifiques : *« Ça me donne les outils pour dire que ce que je faisais, c'était correct. » (G1PuA).* Pour d'autres la formation a rehaussé leur intention d'apporter des changements à leur pratique et à leur mode de vie personnel. Les occasions d'échanges et de réseautage, riches d'une diversité clinique et d'une mixité de points de vue, comptaient aussi parmi les retombées de la formation : *« D'avoir un mélange de plein de gens de plein de milieux différents, ça permettait vraiment d'avoir accès à l'expertise et aux enjeux quant à l'implantation dans leur pratique. » (G1Pr).* Enfin, en raison de son caractère utile et applicable, la formation semblait avoir adéquatement préparé les participantes à implanter le programme.

#### 4.3.3.7 Appréciation des formatrices

La qualité des formatrices été saluée dans l'ensemble des groupes et été décrite de façon similaire en fonction de quatre caractéristiques soit l'enthousiasme, la compétence, la capacité à faire des liens avec la vie réelle ainsi qu'à encourager les questions et la discussion. Les participantes disaient notamment avoir apprécié le dynamisme, la passion et l'énergie des formatrices. Selon elles, l'expertise des formatrices, incluant leur maîtrise du sujet, leur expérience clinique et leur implication en recherche, influençait positivement leur motivation et leur intérêt envers la formation. Des exemples concrets, permettant de faire des liens avec la pratique, constituaient une valeur ajoutée, tout comme la capacité des formatrices à susciter la réflexivité et la discussion : « *Ça permettait de susciter le débat [...] Avec les animatrices qu'on a eues, c'était possible de nous amener à notre réflexion et de le verbaliser.* » (G1PuA). Enfin, certaines participantes ont souligné l'apport d'une formation offerte par et pour des ergothérapeutes : « *Enfin, on a des docteurs en ergothérapie qui nous enseignent. Il est à peu près temps d'avoir des formations qui sont données par et pour les ergothérapeutes.* » (G1Pr).

**Tableau 10**

Synthèse des améliorations à apporter à la formation

- Développer un cahier du participant (version aîné) et de l'animateur (ergothérapeute)
- Trouver un nom francophone au programme\*
- Québécoiser les références\*
- Utiliser des vidéos québécoises présentant un portrait réel et diversifié du vieillissement
- Utiliser un dispositif d'enseignement hybride en présentiel (principalement) et en ligne
- Favoriser des activités d'apprentissage plus actives et authentiques
- Prévoir une formation d'une durée allongée et espacée sur deux journées non consécutives
- Explicitant davantage la contribution de certains modules à la santé
- Ajouter des ressources complémentaires aux modules
- Ajouter du contenu sur :
  - l'animation de groupe
  - les enjeux propres à la ruralité
  - les consignes rédactionnelles (tenue de dossiers)
  - le respect des champs de pratique disciplinaire
  - la mise en œuvre

\* Action en cours ou ayant été mise de l'avant

#### 4.4 Facteurs d'influences à l'implantation du programme Remodeler sa vie®

Cette section résulte notamment de l'analyse PESTLE et elle fait état des facteurs d'influence favorables et défavorables à une éventuelle implantation du programme Remodeler sa vie®,

et ce, tel qu'identifiés par des ergothérapeutes et des finissantes en ergothérapie. Les résultats sont rapportés en fonction des cinq grandes catégories de facteurs du CFIR (liés à l'intervention, à l'organisation, au contexte externe, aux individus et au processus d'implantation), puis contrastés au regard du milieu de travail (public ou privé ; Tableau 11). Parmi ces catégories, 16 construits sont présentés en association avec 34 thèmes émergeant des données. Ces thèmes constituent chacun une source d'influence favorable, défavorable ou variable sur le processus d'implantation et leur influence est synthétisée ci-dessous (Tableau 11).

Tableau 11

Synthèse des facteurs d'influence à l'implantation du programme Remodeler sa vie® selon le CFIR

Catégories (CFIR)	Construits (CFIR)	Thèmes (facteurs d'influence)	Milieu public	Milieu privé
Intervention	Force et qualité des évidences	▪ Évidences scientifiques robustes, mais à développer en contexte québécois	(+)	(+)
	Avantages	▪ Retombées à niveaux multiples	(+)	(+)
	Adaptabilité	▪ Trois zones d'adaptation (contexte, contenu, clientèle)	(+)	(+)
	Qualité de la conception et du contenu	▪ Conception clé en main alliant trois dualités	(+)	(+)
		▪ Contenu pertinent et adapté aux Québécois vieillissants	(+)	(+)
		▪ Disponibilité d'une formation en français	(+)	(+)
	Complexité	▪ <b>Programme de longue durée et d'intensité élevée</b>	(-)	(-)
		▪ Assurer un accès équitable et non discriminatoire au programme	*	*
		▪ Défis inhérents à une pratique compétente de la profession	(-)	(-)
		▪ Non implanté au Québec	(-)	(-)
		▪ <b>Coût élevé du programme</b>	(-)	(-)
		▪ Choix et étapes d'implantation nombreux et parfois complexes	(-)	(-)
Organisation	Caractéristiques structurelles	▪ Avantages différents selon l'âge de l'organisation	(N/A)	(+)
		▪ Influence inversement proportionnelle entre la taille de l'organisation et la faisabilité d'implanter	(-)	(+)
	Culture organisationnelle	▪ Entrepreneuriale et d'innovation	(N/A)	(+)
		▪ Normative et administrative	(-)	(N/A)
	Climat d'implantation	▪ Positionnement cohérent avec la mission, les valeurs et les normes organisationnelles et professionnelles, mais moins avec les mandats, les priorités et la pratique du secteur public	(-)	(+)
		▪ Prévention : un changement nécessaire, mais une place à faire	(+/-)	(+/-)
	Prédisposition à l'implantation	▪ <b>Engagement des décideurs tributaire de la personne en place</b> ▪ <b>Manque de ressources financières et matérielles, mais surtout humaines</b>	(-) (-)	(+) (-)

Légende : (+) : facteur d'influence favorable ; (-) : facteur d'influence défavorable ; (\*) : considération particulière ; (N/A): non applicable ; **En gras** : obstacles touchant les principaux acteurs de l'implantation (utilisateurs de connaissances et bénéficiaires du programme) ou rapportés comme une condition essentielle à la réussite de l'implantation

Contexte externe	Environnement politique	▪ <b>Politiques et plans d’action cohérents et potentiellement influents, mais absence de directives gouvernementales</b>	(+/-)	(N/A)
		▪ Transformations et fonctionnement du système de santé et de services sociaux québécois	(-)	(-)
		▪ Prestations gouvernementales et couverture d’assurances insuffisantes	(-)	(-)
		▪ Système électoral en mouvance et sous influences	(-)	(-)
	Environnement naturel	▪ Climat et à la ruralité : des défis à la participation des aînés	(-)	(-)
	Environnement socioculturel	▪ Vieillissement démographique et nouvelles tendances sociales	(+)	(+)
Individus	Caractéristiques des aînés	▪ Des besoins multiples pouvant être répondus par le programme	(+)	(+)
		▪ <b>Capacité et désir incertains de s’investir dans une démarche de changement d’habitudes</b>	(-)	(-)
		▪ Différences générationnelles à l’avantage des aînés plus jeunes	(+/-)	(+/-)
	Caractéristiques des ergothérapeutes et des finissantes en ergothérapie	▪ Des participantes favorables et prêtes au changement	(+)	(+)
		▪ Sentiment élevé d’efficacité personnelle pour les compétences cliniques, mais plus faible pour les compétences transversales.	(+/-)	(+/-)
		▪ <b>Implantation réalisable, mais au prix d’efforts considérables</b>	(-)	(-)
	Caractéristiques des autres parties prenantes	▪ Favorable au programme ne signifie pas nécessairement favorable à son implantation	(+/-)	(+/-)
Processus		▪ Des modèles d’implantation différents en fonction des secteurs de pratique	(-)	(+)
		▪ Un moment propice à l’implantation	(+)	(+)
TOTAL	16 construits abordés	35 thèmes d’influence	10 (+)	16 (+)
			17 (-)	12 (-)
			5 (+/-)	4 (+/-)
			2 (N/A)	2 (N/A)
			1 (*)	1 (*)

#### 4.4.1 Facteurs liés à l'intervention

Les facteurs d'influence liés au programme Remodeler sa vie® ont été rapportés à la lumière de cinq construits, soit : 1) la force et la qualité des évidences scientifiques du programme, 2) ses avantages, 3) la qualité de sa conception, 4) sa complexité ainsi que 5) son adaptabilité.

##### 4.4.1.1 Force et qualité de l'évidence du programme

Pour l'ensemble des participantes, et ce, sans égard au milieu de pratique, la **robustesse des évidences scientifiques** du programme exerçait une influence favorable sur son potentiel d'implantation en conférant de la crédibilité et de la valeur au programme : « *Ma perception du programme était positive avant la formation, et elle l'est encore, même plus, en raison des évidences qui ont été présentées.* » (G1PuB). Pour d'autres, ces évidences ont permis l'affirmation et le rehaussement de leur identité professionnelle, tout en agissant comme une force motivationnelle : « *On dit souvent que l'ergothérapie c'est une profession de gros bon sens, mais là, que ce soit appuyé sur des [résultats] probants, ça vient renforcer ce qu'on sait déjà, puis ça nous donne envie d'aller de l'avant.* » (G1PuB). Les évidences scientifiques auraient par ailleurs renforcé le sentiment d'auto-efficacité des participantes à présenter le programme, à justifier sa pertinence et à illustrer son apport ergothérapique. En s'appuyant sur ces résultats scientifiques, les participantes se sentaient ainsi mieux outillées pour soutenir le changement dans leurs organisations respectives : « *Je me sens en mesure, avec les outils acquis à la suite du projet de recherche, d'informer mes collègues sur le programme et sur ses [résultats] probants.* » (G2PuB). Unanimement, les participantes considéraient les évidences scientifiques du programme comme des vecteurs importants dans le transfert d'information et dans l'élaboration d'argumentaires convaincants auprès de divers acteurs. Par exemple, de chiffrer les économies potentielles et les effets du programme sur la santé d'ânés était perçu comme un élément clé pour obtenir l'appui de décideurs en santé : « *Les évidences scientifiques peuvent être un levier pour l'implantation du programme en s'appuyant sur des assises solides qu'on peut présenter à nos gestionnaires ou implanter dans notre propre clinique.* » (G1Pr). Bien qu'il apparaissait raisonnable de s'appuyer sur les résultats des études américaines du programme, certaines participantes croyaient que ceux-ci pourraient s'avérer insuffisants pour convaincre de leur transférabilité auprès de décideurs québécois. L'utilisation restreinte du programme en contexte québécois, combinée à un corpus de connaissances émergent, pourrait ainsi freiner des organisations qui



préféreraient attendre les retours des premières expérimentations en milieu clinique québécois : « *Je ne sais pas à quel point les [résultats] probants actuels seraient suffisants. [Les fondations qui pourraient offrir un financement] vont peut-être se demander si le programme a déjà été donné [au Québec]. Si je suis la seule au Québec à vouloir implanter [ce programme], ils vont peut-être se dire : 'on n'est pas sûrs'.* » (G2M). Enfin, la documentation d'effets spécifiques du programme (ex. : sur les habiletés cognitives) pourrait enrichir le corpus de connaissances au sujet du programme Remodeler sa vie® et faciliter son implantation dans certains milieux comme les groupes de médecine familiale (GMF) : « *Il faudrait des résultats convaincants au niveau cognitif pour faire accepter le programme dans les GMF.* » (G1PuB).

#### 4.4.1.2 Avantages du programme

Tout comme la force et la qualité des évidences du programme, ses avantages exerçaient une influence positive sur une éventuelle implantation. Ces avantages se déclinaient en **retombées à de multiples niveaux**, lesquelles ont été classifiées à l'aide du modèle de Bronfenbrenner, soit aux niveaux onto, micro, méso, exo et macrosystémique.

Au **niveau ontosystémique**, c'est-à-dire de l'individu, les retombées rejaillissaient d'abord sur les participantes. Pour certaines, les retombées étaient formulées de façon très pragmatique (ex. : amélioration des connaissances, élargissement du répertoire d'interventions) : « *Le simple fait de prendre connaissance du programme, même s'il n'est pas appliqué dans sa forme complète [...] peut permettre d'outiller les ergothérapeutes.* » (G1Pr). Pour d'autres, ces retombées étaient moins tangibles et relevaient davantage de l'accomplissement professionnel, incluant le bien-être professionnel et la fierté d'avoir fait une différence significative dans la vie d'aînés. L'intensité des mots utilisés par certaines participantes était d'ailleurs évocatrice de l'importance que pourrait avoir une éventuelle implantation du programme sur le plan professionnel : « *Comme professionnel, je pense que ça pourrait nous apporter une grande satisfaction au travail, mais aussi à notre bien-être professionnel... une façon même de survivre dans le système de santé.* » (G1PuB). Ultimement, cette intégration du programme dans la pratique était perçue comme ayant la capacité de redonner ses aspects signifiants au travail des ergothérapeutes en les reconnectant avec les fondements de la profession : « *[Le programme] nous donne du sens aussi [...] de reconnecter avec les modèles et les théories en ergothérapie, c'est comme mon 'flow' pour*

*ma santé personnelle. Je crois que [son implantation] changera beaucoup la vision des ergothérapeutes du secteur public. » (G1PuB). Les retombées du programme bénéficiaient ensuite aux aînés. Selon la perspective des participantes, ces retombées concernaient : 1) une plus grande conscience et prise en charge des aînés quant à leur santé et leur vie, 2) une amélioration de leur autonomie, de leur santé, de leur bien-être et de leur qualité de vie et 3) une réponse personnalisée à leurs besoins : « [Le programme] répond à un besoin de comprendre sa situation et de comment bien vieillir. » (G2M).*

Le **microsystème** concerne l'environnement immédiat des personnes. Dans la présente étude, ce système a d'abord été abordé sous l'angle des organisations susceptibles d'implanter le programme Remodeler sa vie®. Pour les participantes du secteur privé, les principales retombées identifiées concernaient un positionnement concurrentiel et à l'avant-garde pour les organisations qui planteront le programme. Puisque ce positionnement était susceptible d'augmenter la visibilité de l'organisation, de la promouvoir et de servir d'argument de vente, il était perçu comme un facilitateur à l'implantation du programme : « On entend beaucoup dans des publicités : 'nous sommes le leader en telle affaire', donc si nous sommes les premiers à planter et à offrir le programme, on pourra dire que nous sommes le leader en promotion de la santé en ergothérapie. » (G2Pr). Pour les participantes du secteur public, un meilleur accès aux services constituait la principale retombée pour leur organisation. En raison du caractère préventif du programme et de sa modalité de groupe, les participantes estimaient qu'il pourrait avoir des retombées positives telles que, d'une part, un accès plus rapide aux services pour les aînés en liste d'attente et, d'autre part, un meilleur taux de pénétration des services auprès de la population vieillissante de leur région. Selon les participantes, l'ajout de mesures préventives pourrait aussi, à long terme, contribuer à éviter ou à retarder le recours aux services, réduisant ainsi les listes d'attente en ergothérapie. Telles que décrites, les retombées sur les aînés (ontosystème) pourraient aussi avoir des impacts indirects sur le microsystème (ex. : sur des résidences privées pour aînés). Si, en bénéficiant du programme, les aînés restent autonomes plus longtemps, leur transition en résidence ou en centre d'hébergement de soins de longue durée pourrait ainsi se voir retardée. Ce faisant, les résidences profiteraient d'un roulement moindre de leur clientèle et d'une diminution de la charge de travail pour leurs employés. Similairement, des aînés mieux outillés à mener une vie socialement active et en santé pourraient signifier, pour les cliniques

privées d'ergothérapie, une réduction de la complexité des démarches évaluatives, notamment en lien avec la conduite automobile (ex. : possiblement moins d'évaluations résultant sur le retrait du permis de conduire). Une pratique moins complexe pourrait ainsi réduire certaines situations de dilemmes éthiques où l'ergothérapeute est partagée entre la valorisation de l'autonomie individuelle et la sécurité publique. Les retombées du microsystème ont ensuite été discutées au regard de la pratique professionnelle en ergothérapie. Ces retombées incluaient notamment une offre de services élargie permettant de rejoindre davantage d'ânés et de les soutenir à toutes les étapes du vieillissement :

*« Il y a une grosse partie de la population, dont les jeunes retraités de 60 à 75 ans, qu'on ne dessert pas dans nos services en matière de prévention et de promotion de la santé. Même s'ils ne sont pas vus au centre de jour, ils pourraient l'être au centre communautaire. » (G1PuA).*

De plus, puisque les évidences scientifiques appuient leur contribution en matière de prévention, les ergothérapeutes pourraient être appelés à s'investir dans de nouveaux rôles préventifs plutôt que strictement curatifs : *« Ça amène un rôle en PPS qui est moins connu de notre profession [...] et où on peut vraiment avoir notre place avec un programme appuyé par des [résultats] probants. » (G1PuA).* À long terme, la nature des références en ergothérapie, le type d'interventions et le profil de la clientèle pourraient s'en trouver modifiés. L'intégration du programme en contexte de soutien à domicile pourrait, par exemple, contribuer à prévenir certaines situations de crise. Bien souvent, ces situations de crise sont déclenchées par la détérioration de l'état de la personne alors qu'elle est en liste d'attente pour des besoins non prioritaires : *« Une personne qui va davantage se prendre en charge va moins se retrouver en situation critique où elle ne fonctionnera plus et où on va devoir de mettre des services pour compenser. » (G1PuA).* L'adoption de nouveaux rôles ergothérapiques en matière de prévention pourrait enfin contribuer à mieux faire connaître, auprès du grand public, la profession et sa perspective occupationnelle.

Dans la présente étude, le **mésosystème** (c'est-à-dire l'ensemble des lieux où la personne rencontre et interagit) référerait à la communauté. En contribuant à la réduction de l'isolement social et de l'âgisme, ainsi qu'en favorisant l'intégration et le maintien dans le

milieu de vie, le programme pourrait, selon les participantes, renforcer la capacité des aînés à prendre part à la vie sociale et communautaire :

*« Je trouve que les aînés vont rester autonomes, mais pas juste au niveau de leur santé. Il y a aussi l'impact sur la communauté au sens large. C'est sûr qu'ils vont travailler plus longtemps, prendre le transport public plus longtemps. Ils vont être intégrés plus longtemps au lieu d'être enfermés à la maison parce qu'ils vont avoir les outils pour sortir et pour participer. » (G1PuB)*

Correspondant à l'environnement distal de la personne, l'exosystème (ex. : fonctionnement du SSSS) et le macrosystème (ex. : contexte sociétal) influençaient favorablement l'implantation. Une des retombées **exosystémiques** concernait, premièrement, la rentabilité du programme. S'appuyant sur les résultats des études américaines, les participantes anticipaient une réduction des coûts associée à une utilisation moindre, par les aînés, des services de santé et sociaux : *« Ce serait moins cher, il y aurait moins d'hospitalisations, des durées d'hospitalisation plus courtes et une meilleure prise en charge par les milieux de vie. » (G2Pr)*. Deuxièmement, en retardant la chronicisation de certaines maladies et, tel que mentionné, le recours aux services de santé, le programme pourrait également contribuer à une meilleure performance du SSSS. Cette performance accrue pourrait aussi être le résultat d'une diminution des hospitalisations répétées (phénomène de la 'porte tournante') ou pour des motifs non liés à l'état de santé : *« J'ai l'impression que la clientèle qui aurait le programme consulterait moins en GMF ou se rendrait moins à l'hôpital en urgence s'ils sont inquiets ou par solitude. » (G1PuB)*. Peu abordées lors des groupes de discussion, les retombées **macrosystémiques** concernaient pour leur part une vision nouvelle d'un SSSS plus préventif que curatif : *« Croire davantage à un système dirigé vers le préventif. Croire que nous sommes rendus là et que nous sommes capables de faire ça. » (G1PuA)*. Enfin, certaines participantes jugeaient que le programme s'inscrivait aussi dans *« un changement [des interventions] populationnelles significantes et persistantes, vers une meilleure santé globale de la population. » (G2PuB)*.

#### 4.4.1.3 Qualité de la conception du programme

L'aspect **'clé-en-main' du programme alliant trois dualités conceptuelles** ('nouveau-té-tradition', 'flexibilité-structure' et 'groupe-individuel') était considéré, par l'ensemble des participantes, comme un facteur favorable à son implantation. En effet, le programme a d'abord été décrit comme un **'clé-en-main' efficace**, facile à mettre en place et permettant l'application des évidences scientifiques dans la pratique clinique : *« Enfin, un outil qui va nous permettre de savoir comment utiliser les écrits scientifiques dans la pratique avec notre clientèle. »* (G1Pr). Les participantes ont ensuite situé trois dualités conceptuelles qui semblaient distinguer le programme d'autres existants [ex. : Programme Intégré d'Équilibre Dynamique (PIED), Vie active, Soyons alertes].

La dualité **'nouveau-té-tradition'** a premièrement été discutée à titre de facilitateur à l'implantation. La nouveauté du programme renvoyait à son caractère ergothérapique, préventif et universel. En raison, par exemple, de sa cohérence avec les valeurs et les fondements de l'ergothérapie, le programme était perçu comme étant novateur. La nouveauté du programme se traduisait également dans son approche multifactorielle (plusieurs thèmes abordés) et sa philosophie d'accompagnement qui mise sur l'action, le sens et le pouvoir d'agir : *« C'est vraiment d'accompagner la personne en sollicitant sa participation et en expérimentant du 'doing' avec elle. C'est ce qui fait la beauté de ce programme. »* (G1PuB). Similairement, le fait d'intervenir en amont des approches compensatoires et, ainsi, avant l'apparition de problèmes de santé significatifs, conférait également cette innovation : *« L'effet 'nouveau-té' et 'différence d'orienter vraiment les actions sur la prévention', je pense que ça se démarque. »* (G2Pr). Il en était de même pour le caractère universel (s'adresse à tous) du programme qui offrait une vision globale de la santé, sans égards à l'âge, au genre, à l'état de santé ou à une problématique spécifique (ex. : chutes) des aînés : *« Le programme s'adresse à tout le monde. Même les décideurs sont de futurs clients potentiels du programme ! Il n'y a pas une exclusivité à une catégorie de personne ou à un diagnostic précis. »* (G2PuB). Le volet 'tradition' référait à l'alignement du programme avec les pratiques ergothérapiques usuelles et reconnues. Puisqu'ils ressemblaient en certains points (ex. : interventions individuelles, discussions sur la sécurité à domicile) à ce que des participantes faisaient déjà au quotidien, les aspects plus 'traditionnels' du programme étaient un facilitateur à son implantation : *« Ça ressemble beaucoup au travail que je fais*

déjà, sauf que l'on met des mots, des [résultats] probants [...] et une enveloppe plus structurée. » (G1PuA).

Deuxièmement, la dualité 'flexibilité et structure' a aussi été discutée en tant que facilitateur à l'implantation. Globalement, les participants étaient d'avis que le programme Remodeler sa vie® encourageait une flexibilité à l'intérieur d'un cadre défini. D'une part, la possibilité d'adapter les thèmes et les activités à la réalité locale était perçue favorablement et moins contraignante que certaines interventions standardisées : « Une autre chose que j'ai trouvée intéressante [...] c'est que des thèmes sont proposés, mais qu'on a la liberté de les adapter selon les besoins qu'on rencontre et qu'on identifie. Cette flexibilité, je la trouve importante. » (G1PuA). D'autre part, la 'structure' du programme offrait aux professionnels un moyen concret d'accompagner les aînés dans le changement d'habitudes de vie. Au-delà de la simple transmission d'informations, cette structure apparaissait essentielle pour favoriser la prise en charge des aînés quant à leur santé : « Donner de l'information est insuffisant. Les aînés ont besoin d'avoir une approche plus encadrée comme celle [du programme]. » (G2PuA).

Enfin, bien que la dualité 'groupe-individuel' ait été relevée comme un défi pour la pratique, sa contribution au succès du programme semblait importante. L'intérêt d'une approche de groupe reposait sur trois éléments, soit : 1) son rapport coût-efficacité, 2) son potentiel d'améliorer l'accès aux services (ex. : taux de pénétration) et 3) son pouvoir thérapeutique (ex. : briser l'isolement). La dualité 'groupe-individuel' permettait aussi d'allier la discussion et l'expérimentation, de favoriser le lien d'appartenance au groupe et de rejoindre les préférences des aînés envers les interventions individuelles : « Les aînés apprécient le 'un à un', mais c'est en groupe qu'ils sont capables d'échanger et de voir qu'ils ne sont pas seuls à vivre certaines difficultés. Comme il y a du temps individuel pour aborder leurs problématiques spécifiques, je pense que ça va être gagnant. » (G2M).

#### 4.4.1.4 Complexité du programme

L'implantation du programme Remodeler sa vie® comportait plusieurs éléments de complexité dont un des plus fréquemment rapportés était sa **durée et son intensité**. Qu'elle soit de six ou de neuf mois, la durée du programme représentait un important défi d'implantation, et ce, tant pour les participantes du secteur public que privé. Puisqu'elle commandait un engagement important de la part des aînés et des ergothérapeutes, mais

qu'elle était jugée nécessaire pour soutenir le changement d'habitudes de vie, une durée maximale de six mois était préconisée. D'une part, cette durée était susceptible d'interférer avec le mode de vie actif de certains aînés, notamment de ceux qui voyagent. D'autre part, maintenir l'engagement et l'implication des aînés sur cette période pourrait aussi s'avérer difficile et résulter en des taux plus élevés d'absence ou d'attrition (ex. : décès, maladie). Pour les participantes, le niveau de gestion et d'organisation lié au programme semblait croître proportionnellement à sa durée, d'où l'importance de privilégier, pour une efficacité comparable, une intervention de six plutôt que neuf mois.

Tout comme pour la durée, le **coût élevé du programme** a été largement abordé dans l'ensemble des groupes et il constituait un élément central susceptible d'entraver la réussite de l'implantation. Modulé principalement par la durée et l'intensité ainsi que le salaire des ergothérapeutes, le coût du programme était associé à d'importantes conséquences. Par exemple, un coût trop élevé pourrait engendrer des oppositions chez des personnes (ex. : décideurs) pourtant favorables au programme. Ce coût pourrait aussi freiner la participation d'aînés et entretenir des iniquités de santé : *« S'il y a des coûts pour participer au programme, c'est comme si la santé devenait un luxe à s'offrir et non pas quelque chose d'accessible à tout le monde. »* (G1PuB). Le vocable utilisé par les participantes était d'ailleurs sans équivoque alors qu'elles qualifiaient le coût 'd'énorme', de 'barrière' et de 'problématique'. Pour les ergothérapeutes du secteur privé, le coût était une considération pragmatique de premier ordre. Ainsi, il semblait exister une tension entre la nécessité de charger le juste prix pour le programme et le souci de l'offrir à moindre coût, sans quoi les aînés risquaient de ne pas y participer. En fonction de l'agent payeur, la perception du coût pouvait par ailleurs varier. Le programme risquait, par exemple, d'être perçu comme étant dispendieux pour un aîné. Il pourrait cependant sembler peu coûteux pour des agents payeurs issus de l'entreprise privée (ex. : entreprises œuvrant dans le développement de complexes résidentiels privés pour aînés). Dans un souci d'équité, et afin de ne pas écarter d'emblée un segment plus défavorisé de la population qui, faute de moyens financiers ou d'assurances, ne pourrait se permettre de recourir aux services privés d'ergothérapie, les participantes s'entendaient pour dire que le programme se devait d'être offert dans le secteur public. Cette stratégie permettrait d'éviter d'accroître les inégalités sociales et de santé et d'offrir l'intervention gratuitement ou à moindre coût pour rejoindre les strates les plus vulnérables

de la population, qui souvent, ne demandent pas de services ou attendent en dernière instance pour le faire, tel qu'explicité par une des ergothérapeutes : « *Je pense qu'on aurait avantage à l'offrir dans le réseau public parce qu'on rejoindrait plus de personnes dont plusieurs non assurés ou sans gros moyens financiers.* » (G2M). Ultimement, un partenariat permettant de répartir les coûts apparaissait nécessaire pour soutenir l'implantation, et ce, tant dans le secteur public que privé.

Un autre élément de complexité était d'**assurer un accès équitable et non discriminatoire au programme**. Sans nécessairement avoir été rapportés comme des obstacles à l'implantation, les enjeux d'accessibilité étaient toutefois des considérations importantes en vue d'une éventuelle implantation. Abordés sous l'angle de la justice sociale et géographique ces enjeux impliquaient de rejoindre, tel que mentionné, les aînés socioéconomiquement vulnérables, mais aussi les hommes et les résidents des milieux ruraux. Par exemple, puisque les femmes seraient plus enclines à prendre part à des interventions préventives, intéresser les hommes au programme serait un défi. Dans les milieux ruraux, les enjeux d'accessibilité relevaient davantage des caractéristiques sociogéographiques des régions (ex. : faible densité populationnelle et isolement géographique). Parmi les moyens envisagés pour relever ces enjeux, une formule itinérante du programme et un service de transport par des bénévoles ont été proposés. L'accessibilité concernait également le fait d'offrir le programme à un endroit et au moment opportun. Il importe, par exemple, de cibler un lieu physiquement accessible et à proximité pour la clientèle présentant des difficultés de mobilité, ou encore, d'éviter de débiter le programme en hiver ou trop tôt ou tard dans la journée. Au-delà des aspects temporels, le moment opportun était également décrit comme celui où la personne serait ouverte à apporter des changements à ses activités afin qu'elles soient davantage saines et porteuses de sens.

La complexité du programme se traduisait également par des **défis inhérents à une pratique compétente de la profession** dont, premièrement, la tenue des dossiers professionnels, une préoccupation évoquée par la majorité des groupes. Afin d'assurer la conformité des dossiers aux exigences professionnelles, des ajustements apparaissaient nécessaires. En effet, puisqu'il utilise une modalité de groupe, moins commune en ergothérapie, et qu'il s'inscrit dans un changement de paradigme, soit le passage d'interventions curatives à préventives, le programme soulevait plusieurs questions. Ces



questions concernaient notamment l'arrimage de l'écriture avec les modèles professionnels existants, l'évaluation et l'analyse des besoins et des défis occupationnels d'un groupe plutôt que d'individus ainsi que la nécessité d'une évaluation individuelle en contexte d'intervention de groupe. Selon les participantes, la réponse à ces questions nécessitait un éclairage de la part de l'OEQ. Un deuxième défi inhérent à une pratique professionnelle compétente était le respect des champs de pratique disciplinaires. Puisque le programme utilise une approche multifactorielle qui cible un ensemble de déterminants de santé, certaines participantes jugeaient que son contenu devait préalablement être approuvé par l'OEQ. D'ailleurs, le module 'Repas et alimentation' a suscité plusieurs tensions quant au rôle de l'ergothérapeute dans un contexte de recommandations nutritionnelles. Enfin, un dernier élément portait sur les **nombreux choix et les étapes d'implantation**, dont plusieurs apparaissaient **complexes** : « *Ce qui est complexe, c'est le démarrage. Tout organiser, aller chercher tes ressources, le financement, c'est complexe !* » (G1Pr).

#### 4.4.1.5 Adaptabilité du programme

Afin d'optimiser le fonctionnement du programme et sa capacité à offrir une réponse adaptée aux besoins locaux, **deux zones d'adaptation** ont été définies, soit : 1) la structure du programme (ex. : durée) et 2) la clientèle visée (ex. : profil d'autonomie). En offrant des solutions pragmatiques, ces zones d'adaptation pourraient influencer favorablement l'implantation du programme. En revanche, puisqu'elles altéreraient la conception originale du programme, certaines de ces adaptations ont soulevé des considérations importantes pour lesquelles une réflexion nécessitait d'être poursuivie.

L'**adaptation de la structure du programme** référerait au choix de l'animateur, de la durée du programme, de son format (ex. : en ligne) et de ses modalités (ex. : intervention individuelle). Bien que positionné et entériné par les participantes comme un programme ergothérapique, le choix de l'animateur était un élément à considérer. Afin, par exemple, d'utiliser les ressources professionnelles en ergothérapie de manière efficiente, une approche multidisciplinaire, ou misant sur des stagiaires ou des ressources en réaffectation, a été proposée. De placer ainsi le programme sous la responsabilité d'un 'ergothérapeute-conseil', mais avec la contribution d'autres collaborateurs et invités, permettrait de préserver la perspective occupationnelle tout en recourant aux connaissances et aux compétences d'autres professionnels (ex. : aspects nutritionnels ou pharmacologiques) : « *Je pense que le succès*

*de ce programme est de garder notre place dans la livraison, le 'doing' avec les clients, mais nos collègues sont des ressources riches pour nous aider à livrer le matériel et l'amener à un autre niveau avec les clients. » (G1PuB).* Selon certaines participantes, cette approche multidisciplinaire pourrait également faciliter l'adoption du programme par des décideurs du SSSS : *« Je pense que le système de santé sera plus ouvert à une approche multidisciplinaire plutôt qu'uniquement ergothérapique parce que nous allons aller chercher les spécialités de chaque discipline. » (G1PuB).*

Ensuite, afin de gérer la complexité associée à la durée, un programme de six mois, réparti sur deux sessions distinctes a été proposé. En plus d'être cohérente avec la programmation usuelle des activités de loisirs offertes en milieu communautaire, cette adaptation semblait comporter de nombreux avantages dont : 1) diminuer la contrainte d'un engagement à long terme pour les aînés, 2) faciliter l'organisation, la gestion et le financement du programme, 3) donner un aperçu du programme susceptible de motiver une inscription future et 4) bénéficier, pour la clientèle du secteur privé, d'avantages fiscaux en raison du fractionnement sur deux années financières. Tout comme pour une formule multidisciplinaire, une formule écourtée du programme, incluant un démarrage périodique de groupes auprès de nouveaux clients, pourrait favoriser son adoption par les décideurs en santé. En effet, cette stratégie permettrait potentiellement de rejoindre un plus grand nombre d'aînés, contribuant ainsi à l'atteinte de certains indicateurs de résultat (ex. : taux de pénétration). En contrepartie, et tel que mentionné, un programme de moins de six mois pourrait s'avérer insuffisant pour soutenir le changement d'habitudes de vie de manière durable. Selon les participantes, une durée réduite et une approche multidisciplinaire du programme pourraient également nuire à la création de liens signifiants entre les membres du groupe et risquer de limiter ou de compromettre les effets positifs du programme.

Les adaptations relatives au format et aux modalités du programme ont, par ailleurs, été minimalement abordées dans un des groupes. D'une part, puisqu'elle était susceptible de limiter les effets du programme et d'être un frein à son implantation, une formule en ligne semblait à éviter : *« Je vois que ce pourrait être un obstacle à long terme par rapport à l'impact du programme si on décidait d'offrir seulement des capsules web. » (G2PuB).* D'autre part, certaines participantes entrevoyaient la possibilité d'utiliser le contenu du

programme en contexte d'intervention individuelle plutôt que de groupe : « *Il y a un volet que je peux faire. J'ai pensé l'exploiter de manière un peu plus individuelle.* » (G2PuB).

La deuxième zone d'adaptation portait sur l'applicabilité et l'utilité du programme auprès de **trois types de clientèles** (autonomes, à risque de perte d'autonomie ou ayant des incapacités). Ces clientèles ont été considérées à l'égard de leur âge, de leur condition socio-économique, de leur profil d'autonomie, de la présence de diagnostics spécifiques et du fait qu'elles étaient connues ou non des services de santé et sociaux.

Premièrement, compte tenu des exigences du programme en matière de durée, de niveau d'introspection et de responsabilisation, plusieurs participantes étaient d'avis qu'il visait des aînés plus jeunes (ex. : Babyboomers), autonomes, éduqués et intéressés à s'investir dans une démarche de prise en charge de leur santé : « *Je pense à une clientèle déjà autonome dans la communauté, qui prend déjà à cœur son bien-être et sa santé et qui veut s'investir dans le programme.* » (G1PuB). En préconisant une implantation auprès d'aînés volontaires et intéressés, les chances de succès d'une première implantation seraient ainsi maximisées. Cette stratégie permettrait également de rejoindre des aînés non connus du SSSS, habitant dans la communauté et pour qui les besoins en matière de PPS demeuraient, tel que mentionné, non répondus. Par ailleurs, puisqu'ils n'étaient pas à l'abri d'un déclin ou de pertes liées au vieillissement, ces aînés autonomes constituaient une clientèle pour laquelle la pertinence du programme était justifiée.

Le deuxième type de clientèle ciblait, quant à lui, des aînés autonomes, mais à risque de développer des maladies chroniques et des incapacités. Pour les participantes du secteur public, ces aînés se retrouvaient souvent en liste d'attente pour des besoins ergothérapiques non prioritaires (priorités 4 et 5). Au regard de la classification Iso-SMAF (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle), ce type de besoins situaient souvent les aînés dans la première ou la deuxième catégorie de profils (1 à 4), soit des personnes ayant des atteintes prédominantes pour la réalisation de tâches domestiques (ex. : entretien ménager). Puisque l'accès au programme de SAD était parfois refusé à ces clients et que leur réorientation dans le SSSS s'avérerait ardue, certaines participantes percevaient le programme Remodeler sa vie® comme une alternative pertinente : « *La non-admissibilité aux services [du SAD] des profils Iso-SMAF 1 à 4 pourrait devenir une occasion rejoindre une nouvelle clientèle qui n'est pas desservie par nos programmes.* » (G2PuA). En effet, un programme ciblant les

profils Iso-SMAF 1 à 4 pourrait combler un vide de services en fournissant, à ces personnes, l'accompagnement et les outils nécessaires à une plus grande autonomie : *« Les personnes avec des profils 1 à 3 ont souvent besoin d'avoir des outils pour prendre soin de leur santé et [pour] reprendre confiance en leurs capacités. C'est très angoissant pour eux. »* (G1PuB). Afin de leur offrir un accès plus juste et efficace aux services d'ergothérapie, leur prise en charge de cette clientèle en groupe était une stratégie à considérer. De plus, cette clientèle serait facilement joignable, notamment par le personnel du guichet d'accès du SAD, tel que mentionné par une des ergothérapeutes : *« D'augmenter la prise en charge en CLSC en choisissant les profils 1 à 4 sur la liste d'attente serait un facilitateur à l'intégration du programme Remodeler sa vie®. »* (G2M).

Enfin, et tel que mentionné, il importait ne pas exclure d'emblée une clientèle plus âgée, malade ou vulnérable qui pourrait bénéficier davantage du programme : *« Le programme serait d'autant plus pertinent pour la clientèle présentant déjà une condition de santé parce qu'ils ont, par exemple, des problèmes de mobilité qui risquent d'entraîner d'autres conséquences néfastes sur leur santé. Avec le programme, ils pourraient justement apprendre à contrecarrer [ces conséquences]. »* (G2Pr). Afin de répondre aux besoins de cette clientèle, l'adaptation du programme en fonction de diagnostics spécifiques semblait réaliste. Des participantes ont, par exemple, souligné la possibilité d'adapter le programme pour des personnes en situation de vulnérabilité socio-économique ou ayant une diminution de leur santé physique (ex. : douleur, fatigue, diabète, obésité, maladies pulmonaires et cardiovasculaires) ou mentale (ex. : dépression, anxiété) : *« Je trouve que les modules s'adaptent vraiment bien à la promotion de la santé mentale dans un contexte de pertes liées au vieillissement. »* (G1PuB). Dans le secteur public, le profil d'autonomie de certaines de ces personnes pouvait s'apparenter à la neuvième catégorie de la classification Iso-SMAF, soit des atteintes motrices prédominantes. Malgré les bénéfices escomptés, recruter des aînés en situation de vulnérabilité ou atteints de conditions chroniques demeurerait un important défi : *« On a un rôle quand même à jouer auprès de la clientèle défavorisée même s'ils sont plus difficiles à rejoindre [...] et qu'ils sont probablement ceux qui vont coûter cher au système de santé parce qu'ils ne se seront pas pris en main. »* (G2PuB). En présence de problèmes de santé importants (ex. : douleur), la participation des aînés serait entravée et il serait alors plus difficile de les mobiliser à prendre part au programme. Selon une participante

travaillant auprès d'aînés en grande situation de vulnérabilité, le défi pourrait être tel, que résultats du programme pourraient ne pas être au rendez-vous : « *La population avec laquelle je travaille est plus pauvre et n'a pas beaucoup d'éducation. Je ne crois pas que le programme aurait de bons résultats, car très peu de gens s'investiront dans cette approche.* » (G1PuB). En réponse aux défis de recrutement et de mobilisation des aînés en situation de vulnérabilité, un levier à considérer serait de construire, dans un premier temps, sur des expériences de succès auprès d'aînés volontaires et motivés : « *Je pense que lorsque les plus motivés auront expérimenté les bienfaits du programme, d'autres moins proactifs en entendront parler.* » (G2PuA). Pour les trois types de clientèles, les participantes convenaient que l'intérêt, la compréhension et l'implication étaient des conditions minimales : « *Il faut que les gens veuillent s'engager et qu'ils aient un minimum de capacités pour le faire, tant physiquement que cognitivement.* » (G2PuA). Présente ou non au départ, la volonté de changement pourrait, quant à elle, s'échafauder au fil de l'expérience du programme.

#### 4.4.2 Facteurs liés à l'organisation

Contrairement aux facteurs d'influence liés à l'intervention, ceux liés à l'organisation différaient substantiellement selon les milieux de pratique. Les facteurs organisationnels ont été abordés sous l'angle : 1) des caractéristiques structurelles des organisations (ex. : âge et maturité), 2) de leur culture, 3) de l'engagement de leurs décideurs, 4) de leur accès aux ressources et 5) de leur compatibilité avec le programme. Les discussions ont mis en évidence des avantages et des inconvénients quant au choix du milieu d'implantation. Ce choix semblait d'ailleurs intimement lié à la faisabilité d'implanter le programme. Parmi les milieux d'implantation possibles, figuraient les organisations des participantes ainsi que d'autres milieux potentiels comme les directions de santé publique et le milieu communautaire. Globalement, une implantation serait plus facilement réalisable, dans un premier temps, dans le secteur privé. L'implantation dans le secteur public apparaissait, quant à elle, comme une finalité nécessaire plutôt qu'un point de départ.

##### 4.4.2.1 Caractéristiques structurelles de l'organisation

Tout d'abord, qu'elles soient en démarrage ou bien établies, les organisations semblaient profiter de **différents avantages selon leur âge**. Ces avantages étaient d'ailleurs perçus comme des facilitateurs à la mise en œuvre du programme. Afin de réduire les coûts, les

finissantes du profil entrepreneurial soulignaient qu'elles pourraient, par exemple, accéder à des subventions pour le démarrage d'entreprises ou se verser un salaire moindre. En revanche, une clinique privée bien établie était susceptible de bénéficier d'une crédibilité accrue et d'assises financières plus solides. Une **influence inversement proportionnelle entre la taille de l'organisation et la faisabilité d'implanter** a ensuite été rapportée. Cette influence découlait principalement du niveau d'autonomie décisionnelle et de la stabilité du personnel et des équipes de gestion. Les milieux de petites tailles comme les cliniques privées d'ergothérapie, les programmes de santé mentale, les centres de jour, les communautés anglophones ou religieuses et les résidences privées pour aînés semblaient ainsi plus propices à une implantation rapide, mais de moindre envergure : *« Souvent, dans les entreprises privées, il y a quelque chose qui va se faire plus rapidement, mais à plus petite échelle. Ce ne sont pas eux qui vont rejoindre l'État au complet, mais ça va bouger un peu plus vite. »* (G2Pr). En effet, ces petits milieux présentaient généralement moins de roulement de personnel et de paliers décisionnels. Les communications étaient par ailleurs décrites comme étant plus faciles et rapides : *« Dans les milieux relativement petits, je pense que ça peut être assez facile de contacter tous les gens qui seront impliqués. »* (G2PuA). Inversement, les mégastuctures organisationnelles comme les CISSS et les CIUSSS risquaient de complexifier et de ralentir le processus d'implantation : *« J'ai l'impression que ce sera vraiment très complexe d'autant plus avec les mégafusions ça fait beaucoup de niveaux d'autorisation à obtenir. »* (G1PuA). Puisqu'ils étaient perçus comme des milieux hautement hiérarchisés (ex. : faible latitude décisionnelle, notamment pour l'obtention de budgets) et soumis à de nombreuses contraintes administratives, les CISSS et les CIUSSS ne semblaient pas être les milieux d'implantation idéaux à court terme. Tel que mentionné, une implantation dans les services publics de première ligne était cependant à privilégier afin d'assurer un accès plus équitable au programme.

#### 4.4.2.2 Culture organisationnelle

Les secteurs public et privé apparaissaient fort différents en matière de culture organisationnelle. Bien que le secteur privé semblait se démarquer par sa culture organisationnelle **axée sur l'entrepreneuriat et l'innovation**, c'est surtout la culture davantage **normative et administrative** du réseau public qui a été abordée comme un frein à l'implantation. D'un point de vue administratif, c'est principalement la lenteur et la

lourdeur des démarches qui ont été rapportées comme défi : « *Au public, c'est tellement long avant qu'il y ait quelque chose qui bouge.* » (G2M). D'un point de vue normatif, c'est plutôt la préoccupation pour la productivité qui semblait être un frein. En effet, dans une visée de gestion et d'appréciation de la performance, la culture normative du réseau public de santé et de services sociaux se caractérisait par la reddition de compte. Cette reddition de compte faisait surtout appel à des indicateurs de résultats visant l'efficacité (ex. : nombre de visites à domicile par jour) et l'accessibilité (ex. : temps moyen d'attente, nombre d'usagers rejoint). Puisque ces indicateurs favorisaient prioritairement la productivité, il devenait difficile de faire place à l'innovation, tel que l'implantation du programme Remodeler sa vie® : « *C'est sûr dans le contexte actuel on a de la misère à innover et à amener des choses nouvelles. On a de l'écoute, mais dans l'action ce n'est pas toujours évident.* » (G2M). Afin de rendre compte de la productivité, il importait également aux ergothérapeutes de comptabiliser les activités du programme (ex. : évaluation et intervention de groupe) dans leurs statistiques, incluant pour justifier la pertinence du programme et d'en légitimer son utilisation. Au moment de l'étude, le cadre normatif des statistiques permettait principalement de colliger des statistiques d'interventions individuelles et de nature quantitatives (ex. : temps d'intervention, nombre de nouvelles prises en charge par semaine). Selon les participantes, ces statistiques capteraient plus difficilement les activités et les retombées subjectives du programme (ex. : satisfaction des usagers) : « *Les indicateurs sont rarement sur autres choses que les chiffres, pas sur la santé, la qualité de vie, les effets à long terme.* » (G1PuB). Tel que mentionné, certaines stratégies (ex. : démarrage périodique de groupes auprès de nouveaux clients) pourraient cependant contribuer à l'atteinte des cibles en matière de taux de pénétration auprès de clientèles spécifiques (ex. : 75 ans et plus).

#### 4.4.2.3 Climat d'implantation

Deux thèmes ont été abordés en lien avec le climat d'implantation, dont premièrement, **la cohérence du programme avec la mission, les valeurs et les normes (organisationnelles et professionnelles) du secteur public**. Cette cohérence serait toutefois **moindre avec les mandats et les priorités** de ce secteur. Puisqu'il visait le développement de modes de vie sain et porteur de sens, le programme Remodeler sa vie® ne serait pas, selon les participantes, en contradiction avec la mission des organisations de santé visant à améliorer la santé de la population. Le caractère préventif et communautaire du programme s'arrimerait

également avec la vision de l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) et de certaines entreprises (ex. : pharmacies, coopératives de services) : « *Nous avons comme mission de réinvestir dans la communauté et 15 % des activités annuelles visent à promouvoir la santé et la participation sociale des personnes vieillissantes dans leur communauté. Le programme est donc totalement en phase avec ça.* » (G1Pr). Similairement, le programme était cohérent avec les normes (ex. : accessibilité, continuité) et les valeurs (ex. : prévention) organisationnelles du domaine de la santé : « *Je ne crois pas que les valeurs véhiculées dans le programme soient incompatibles avec aucun milieu en ergothérapie.* » (G1Pr). Parmi les valeurs organisationnelles promues, la prévention, l'autonomie, ainsi que l'implication et la responsabilisation des personnes étaient rapportées comme étant très actuelles et utiles afin de justifier la pertinence du programme. Néanmoins, ces valeurs seraient parfois évacuées de la pratique quotidienne : « *Dans nos milieux, c'est une réponse immédiate avec des résultats immédiats qui sont attendus et notre priorité, c'est un danger imminent au client, mais dans les grandes orientations, la promotion de la santé, elle est là. On ne dit pas qu'elle n'a pas sa place.* » (G1PuB). Puisqu'elle se traduisait surtout par des interventions brèves, individuelles, circonscrites, visant la compensation des incapacités et prenant place dans un contexte d'urgence (ex. : plaies, soins palliatifs), la pratique des ergothérapeutes du secteur public serait plus difficilement conciliable avec les exigences (ex. : durée, modalité de groupe) et la philosophie du programme (ex. : accompagnement, santé globale). Les participantes voyaient d'ailleurs mal comment intégrer le programme à leur pratique actuelle : « *Je ne sais pas comment l'application pourrait se faire dans nos milieux.* » (G1PuA). Selon certaines participantes, des ergothérapeutes dédiés à la prévention était une avenue à considérer. Cette solution suscitait cependant des oppositions. En effet, il semblait peu réaliste dans un contexte de surcharge de travail, de priorités concurrentes et de longues listes d'attentes, d'allouer des ressources ergothérapiques intensives à une clientèle dont les besoins et les défis occupationnels étaient moins criants : « *Le fait que ça implique une intensité de services pour des gens qui ne sont pas nécessairement en grande perte d'autonomie, c'est vraiment un problème pour la direction du Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA).* » (G2PuA). Puisque cet enjeu semblait spécifique aux directions SAPA, une implantation dans les directions de santé publique a été proposée. Plus spécifiquement, le programme présentait une forte cohérence avec les mandats des directions



de santé publique en matière de préservation de la santé et d'adoption de modes de vie sains. Sa complémentarité avec d'autres programmes figurant à l'offre de services en santé publique [ex. : Intervention multifactorielle personnalisée (IMP), PIED, 0-5-30, VIACTIVE, Vivre en équilibre, à nous de jouer, défi j'arrête j'y gagne !] a aussi été soulignée. Pour des raisons similaires, le milieu communautaire serait également un milieu d'implantation à privilégier.

Malgré un contexte de pratique exigeant, les participantes convenaient que la **prévention représentait un changement nécessaire, mais dont la place demeurerait à faire**. L'importance de la prévention était unanimement reconnue : « *L'importance, on est toutes d'accord là-dessus.* » (G1PuB). Cette importance serait cependant davantage théorique que pratique, ce qui implique qu'elle ne se traduirait pas nécessairement en actions. Certaines participantes avaient d'ailleurs l'impression d'avoir à militer pour l'acceptation de telles interventions innovantes : « *On a parfois l'impression de se battre pour faire son chemin dans la prévention et la promotion de la santé.* » (G1PuA). Puisqu'elles étaient généralement absentes de la pratique dans les secteurs public et privé, la place des interventions préventives serait à développer : « *L'analyse que j'en fais est que, même j'y vois une grande valeur, la prévention est absente de mon organisation.* » (G1Pr). Afin de faire de la prévention une priorité, des choix s'imposeraient parmi les services actuellement offerts à la population vieillissante : « *C'est vraiment important aujourd'hui de revoir notre pratique pour être là où nous sommes le plus utile et aidant. Être là où sont les priorités et les besoins des aînés.* » (G1Pr). Par ailleurs, puisque ses évidences scientifiques appuieraient son efficacité et sa rentabilité, il serait justifié de remplacer les programmes moins performants par Remodeler sa vie®.

#### 4.4.2.4 Prédilection à l'implantation

La prédilection à l'implantation a été premièrement abordée sous l'angle de l'engagement des décideurs, c'est-à-dire leur niveau d'appui actuel et attendu, leur implication et leur responsabilisation envers la mise en œuvre du programme. Pour les participantes du secteur public, un premier constat était que **l'engagement des décideurs était tributaire de la personne en place**. L'influence sur une éventuelle implantation serait ainsi variable : « *Les gestionnaires sont-ils engagés et veulent-ils poser des actions ? Peut-être à des degrés différents.* » (G2PuB). Alors que certains gestionnaires encourageaient

l'innovation, d'autres devaient être assurés des retombées avant de s'investir. Par ailleurs, la structure hiérarchique du secteur public, tel que décrite, influencerait négativement l'engagement des décideurs. Puisque les gestionnaires doivent répondre à des indicateurs ministériels liés à l'obtention de financement, leurs cibles prioritaires seraient fréquemment imposées par de plus hautes instances. Ainsi, malgré l'intérêt de certains gestionnaires envers le programme, sa mise en œuvre s'insérerait difficilement dans les priorités actuelles : « *Ma gestionnaire était vraiment emballée par le programme. Elle l'a présenté en comité de gestion, mais elle s'est fait mettre un stop parce que ce n'était pas dans les priorités pour la prochaine année.* » (G2M). À moins que le programme ne soit l'objet de directives ministérielles, il pourrait s'avérer difficile d'obtenir l'appui et l'implication des gestionnaires : « *Si ce n'est pas écrit [dans le plan d'action ministériel], la directrice de ma chef de programme ne pourra pas justifier ses décisions.* » (G1PuA). L'appui et l'implication de l'ensemble des paliers de direction étaient ainsi rapportés comme des conditions essentielles à la réussite de l'implantation : « *On est dans le secteur public, on a donc pas le choix de travailler avec nos administrateurs, nos gestionnaires et même de l'amener à un niveau plus haut dans les CISSS.* » (G2PuB). Enfin, puisque les participantes du secteur privé étaient souvent leur propre patronne et qu'elles démontraient déjà un intérêt envers le programme, leur engagement envers l'implantation s'en trouvait favorisé : « *Pour moi, c'est important et je pense que je pourrais mettre mon énergie à développer ce service.* » (G1Pr). À titre de deuxième constat, le **manque de ressources financières et matérielles, mais surtout humaines** représentait un obstacle important avec lequel l'ensemble des milieux devait composer : « *Ce n'est pas infaisable, mais ce n'est pas quelque chose qu'on peut planter à même les ressources que nous avons actuellement en ergothérapie.* » (G1PuA). Mis à part pour les cliniques privées d'ergothérapie, l'accès à des ergothérapeutes était rapporté comme le principal obstacle d'autres milieux (publics, privés et communautaires). En effet, la présence quasi nulle d'ergothérapeutes dans les directions de santé publique, les GMF, les résidences pour aînés et les organismes communautaires influençait négativement l'implantation : « *C'est sûr qu'actuellement ça ne fonctionnerait pas avec seulement une journée par semaine en GMF.* » (G1PuB). En contrepartie, les participantes du secteur public pouvaient compter sur une équipe interdisciplinaire, ce qui n'était pas le cas pour celle du secteur privé. En réponse à ces défis, la libération à temps complet d'un ergothérapeute ainsi

que le recours à des collègues, à des stagiaires ou à des personnes en réaffectation (ex. : retrait préventif) ont été rapportés comme des solutions à mettre en place. Bien qu'il était aussi un obstacle à l'implantation, l'accès aux ressources financières a surtout été abordé en fonction des solutions à mettre en œuvre (voir ci-dessous). Tout comme pour les ressources humaines, les ressources financières devaient d'abord être entérinées par les gestionnaires d'établissement du secteur public : « *Les budgets partent d'en haut, sinon il faudrait je le fasse bénévolement.* » (G1PuB). Enfin, mis à part pour l'accès à des locaux, les ressources matérielles ne ressortaient pas comme un enjeu important : « *Les ressources matérielles, ce n'est pas nécessairement ce qui sera le plus compliqué.* » (G1PuA).

#### 4.4.3 Facteurs liés au contexte externe

Le contexte externe a principalement été abordé au regard de l'environnement politique, naturel et socioculturel. Alors que les environnements politique et naturel l'influençaient défavorablement, l'environnement socioculturel influençait l'implantation positivement.

##### 4.4.3.1 Environnement politique

Globalement, l'environnement politique, c'est-à-dire les positions et les actions gouvernementales, exerçait une influence négative sur le processus d'implantation. Tout d'abord, même si les participantes considéraient qu'il existait des **politiques et des plans d'action potentiellement influents et cohérents avec le programme, une absence de directives gouvernementales** contrecarrait leur impact réel sur les soins de santé et les services sociaux. Abordés dans un seul groupe (Public B), la politique 'Vivre et vieillir ensemble' et son plan d'action 'Un Québec pour tous les âges' pourraient influencer favorablement l'implantation du programme. Puisque des actions de PPS étaient au cœur de ces documents, ils pourraient être cités pour justifier cette intégration de pratiques préventives. Bien qu'utiles et nécessaires à titre d'appuis, ces documents ne seraient cependant pas des leviers suffisants pour influencer la pratique. Aux yeux de certaines participantes, des directives gouvernementales et une approche normative constituaient des incitatifs plus puissants : « *C'est sûr que le matin où [l'implantation du programme serait] une norme d'Agrément [Canada], ça bougerait vite.* » (G1PuB). Par ailleurs, puisqu'elles étaient actuellement axées sur le volume de services rendus, les normes ministérielles défavoriseraient une éventuelle implantation : « *C'est une barrière pour nous si la vision du ministère c'est de voir le plus de personnes possible et que c'est la seule cible qu'ils*

*mesurent.* » (G1PuB). L'influence de l'environnement politique a ensuite été abordée à la lumière des **transformations et du fonctionnement du SSSS québécois**, lesquels exerçaient une influence plutôt défavorable sur le processus d'implantation. En effet, ces grandes transformations (ex. : mise en place de l'assurance maladie, créations des CISSS) façonnaient, encore aujourd'hui, les choix et les actions des individus, dont les aînés. Par exemple, le fait de payer pour des services ou de consulter de façon préventive ne ferait pas partie des mœurs. Plusieurs participantes déploraient par ailleurs les effets négatifs de la dernière réforme en santé, incluant un manque de vision à long terme, des décisions unilatérales et, surtout, une culture axée sur la gestion des problèmes de santé : « *Ces interventions [préventives] ont 'pris le bord' avec les fusions. On est vraiment dans le curatif.* » (G1PuA). Similairement, des décisions politiques, résultant en des **prestations de vieillesse et des couvertures d'assurances insuffisantes**, contribueraient aussi en l'absence de demandes de services par les aînés. Enfin, certaines participantes ont souligné l'influence négative d'un **système électoral en mouvance et sous influences**. D'une part, en obligeant à cibler des moments propices à la formulation des demandes, les changements du gouvernement provincial tous les quatre ans complexifieraient la stratégie de mise en œuvre du programme. D'autre part, puisque certaines décisions politiques seraient motivées par le vote, des enjeux plus sensibles aux yeux de la population (ex. : cancer) seraient susceptibles d'éclipser la prévention des priorités électorales.

#### 4.4.3.2 Environnement naturel

L'environnement naturel a été abordé sous l'angle du **climat et de la ruralité, tous deux considérés comme des défis à la participation des aînés**. Tout d'abord, en raison des routes enneigées et des trottoirs glacés, la rigueur des hivers québécois rendrait plus précaires les sorties et les déplacements des aînés (ex. : risque de chutes, de fractures). Cette précarité contribuerait également à l'isolement social des aînés en limitant leurs réseaux sociaux et leurs échanges. Pour certaines participantes, ces défis climatiques devraient justement être transformés en opportunité : « *Je vois l'hiver comme une opportunité. Par exemple, faire un groupe sur la peur de sortir l'hiver [...] sur les chutes, sur des stratégies pour sortir quand même comme suivre la météo, s'acheter des crampons. C'est une belle opportunité et je pense qu'il ne faut pas se freiner avec ça.* » (G2Pr). Afin de permettre aux aînés de gagner la confiance nécessaire pour composer avec les défis de l'hiver, la majorité des participantes

croyaient qu'il serait préférable de débiter le programme au printemps ou à l'automne. D'autres solutions possibles incluaient de fournir un transport, d'offrir le programme directement dans des complexes d'habitation pour aînés et, tel que mentionné, de fractionner sa durée : « *Une session de printemps, une session d'automne. Deux séries de trois mois dans un contexte québécois ce serait plus facilitant.* » (G1PuB). Similairement, la saison estivale présenterait aussi des obstacles. En raison des absences dues aux vacances et aux épisodes de canicule, la mi-juillet serait aussi une période à éviter. Concernant la ruralité, et tel que mentionné, la faible densité populationnelle et l'isolement géographique nuiraient à un accès équitable au programme. Par exemple, il serait difficilement envisageable pour un ergothérapeute de rejoindre équitablement des aînés répartis sur un vaste territoire. Les défis particuliers aux milieux ruraux (ex. : options limitées de transport) renforceraient cependant la pertinence du programme :

*« Dans les milieux ruraux, les gens sont souvent laissés à eux même lors du retrait de leur permis de conduire. [...] Ce serait tellement pertinent qu'un programme comme ça soit là pour leur donner des outils et une réflexion pour revoir leurs habitudes de vie dans un moment de transition qui est important et souvent extrêmement souffrant. »* (G1PuB).

Au même titre que pour le climat hivernal, les milieux ruraux comporteraient des opportunités à saisir. Par exemple, les villes de Coaticook et de Victoriaville ont été citées en exemple pour leur ouverture au changement et leurs initiatives en matière de promotion de la santé : « *Coaticook a mis des choses en place pour les aînés et ce n'était vraiment pas la première fois. Ils se sont penchés sur un paquet d'autres [défis]. Je pense donc que certains milieux bougent plus vite que d'autres.* » (G1Pr)

#### 4.4.3.3 Environnement socioculturel

Abordé à la lumière du **vieillissement démographique et des nouvelles tendances sociales**, l'environnement socioculturel serait davantage favorable à l'implantation du programme Remodeler sa vie®, et ce, pour l'ensemble des groupes. Tout d'abord, puisque sa présence et son importance ne sont plus à démontrer, le vieillissement démographique serait considéré comme un argument crédible à mettre de l'avant. Par ailleurs, en appelant à la mise en place

de solutions innovantes permettant de répondre aux besoins grandissants d'une masse critique de personnes, le vieillissement démographique créerait un contexte favorable à l'implantation du programme. Selon certaines participantes, il importerait de faire face aux changements démographiques autrement que par l'augmentation du nombre de prises en charge et de services rendus. Pour être efficace et faire 'plus avec moins', il faudrait plutôt réfléchir à de nouvelles approches : « *Avec le vieillissement de la population, je suis hyper sollicitée, il faut donc vraiment que je sois innovatrice dans mes approches. Il faut toujours être plus efficace avec moins de temps et de moyens.* » (G1PuA). Similairement, un mouvement social favorable au programme s'opérerait. Caractérisé par un intérêt marqué pour le vieillissement et l'autogestion de sa santé, ce mouvement nécessiterait cependant d'être accompagné et guidé : « *Nous sommes dans l'ère de reprise en main de notre santé avec le yoga et toutes les recherches sur le bonheur. Je pense que les gens ont le goût, mais [ne savent pas] comment se diriger et se guider là-dedans ?* » (G2PuB).

#### 4.4.4 Facteurs liés aux individus

Les participantes se sont prononcées sur l'influence que pourraient avoir divers groupes d'acteurs sur une éventuelle implantation en milieu communautaire québécois. Ces acteurs seraient des aînés, les participantes elles-mêmes, à titre de futures utilisatrices des connaissances et d'autres parties prenantes (ex. : partenaires communautaires). Les caractéristiques de ces acteurs rejoignent quatre des cinq construits du CFIR, soit : 1) les connaissances et les croyances, 2) le sentiment d'auto-efficacité, 3) le stade de changement et 4) les autres attributs personnels (ex. : attitude). Seul le construit 'identification personnelle à l'organisation', portant sur la relation et le degré d'engagement des individus envers leur organisation, était absent des discussions. À des fins de présentation des résultats, l'influence liée aux caractéristiques des individus est présentée de façon intégrée pour chacun des trois groupes d'acteurs.

##### 4.4.4.1 Caractéristiques des aînés

En fonction de leurs caractéristiques, les aînés exerceraient une influence variable sur le processus d'implantation. Les participantes ont d'abord témoigné de **besoins multiples, chez les aînés, pouvant être répondus par le biais du programme**. En effet, un parallèle clair est identifié entre les besoins et les défis des aînés et les retombées du programme. Selon les

participantes, les besoins et les défis des aînés se situeraient principalement au niveau : 1) de l'état de santé (physique et mentale), 2) de la vie sociale et communautaire (ex. : demeurer à domicile et maintenir un rôle actif dans la société), 3) de l'accès à l'information (ex. : information fiable sur des enjeux de santé), 4) des comportements en matière de santé (ex. : intégrer de nouvelles habitudes dans une routine saine et équilibrée), 5) de l'utilisation des services (ex. : être guidés et accompagnés dans le SSSS) et 6) des déterminants socio-économiques (ex. : pauvreté, âgisme). En raison de son approche multifactorielle, le programme offrirait une réponse adaptée à chacun de ces besoins et de ces défis : *« C'est vraiment personnalisé à ce que les aînés veulent entendre et à leurs besoins... ça répond à leurs besoins. »* (G2M).

Ensuite, malgré la congruence élevée du programme avec les besoins et les défis des aînés, leur **capacité et leur désir de s'investir dans une démarche de changement d'habitudes semblaient incertains**. Cette incertitude découlait de multiples facteurs dont, premièrement, des attitudes d'autoâgisme, où la personne se discrimine elle-même en raison de son âge : *« Elle se voyait toujours trop vieille pour tout. Il y avait comme une prescription d'âge sur toutes les activités. »* (G2Pr). Selon les participantes, les aînés adoptant une telle attitude pourraient ainsi se sentir moins concernés et démontrer moins d'intérêt envers le programme. Deuxièmement, le désir de s'investir dans une démarche de changement d'habitudes pourrait être freiné par une tendance des aînés à adopter une posture plutôt passive quant à la prise en charge de leur santé. Cette posture se refléterait d'ailleurs dans les habitudes des aînés en matière de consommation de soins de santé. Les participantes décrivaient, par exemple, les aînés comme des personnes peu enclines ou habituées à payer pour des services de santé. Tel que mentionné, des éléments politiques (ex. : montant insuffisant des prestations de vieillesse) et historiques (ex. : gratuité des soins) pourraient être à l'origine de cette réticence à déboursier pour des soins de santé. Par ailleurs, les aînés consulteraient peu ou tardivement. À force d'être soignés dans un système axé sur le curatif et le 'prendre soin', les participantes percevaient que les aînés s'étaient, en quelque sorte, déresponsabilisés par rapport à la prise en charge de leur santé : *« C'est un défi pour certains aînés de s'engager dans une telle démarche [de responsabilisation] parce qu'ils sont en attente d'un soin et qu'ils ne sont pas habitués à cette façon de faire. Ils attendent de voir leur médecin ou un professionnel pour agir. »* (G2M). Par ailleurs, la préférence des aînés

quant aux interventions individuelles, plutôt que de groupe, serait également susceptible de limiter leur implication dans le programme. Enfin, la méconnaissance des aînés envers le programme et la profession contribuerait aussi à une certaine inertie dans la prise en charge de leur santé. Ce manque de connaissances encouragerait ainsi l'absence de demandes de services en ergothérapie : *« Je pense que [le fait que les aînés ne le demandent pas] c'est vraiment un manque de connaissances de notre profession et des [interventions] comme le programme Remodeler sa vie® qui sont à peine connus des ergothérapeutes. »* (G2PuB). Afin de faciliter son implantation, les aînés doivent se sentir interpellés par le programme et, idéalement, en faire la demande : *« Quand les aînés vont eux-mêmes demander le programme, les décideurs vont plus facilement payer pour ça. »* (G1PuB).

Enfin, il semblait exister des **différences générationnelles à l'avantage des aînés plus jeunes**. Bien que le programme s'adaptait, tel que mentionné, à de multiples clientèles, certaines participantes étaient d'avis qu'une clientèle plus jeune, et possiblement plus sensibilisée à la santé, serait davantage intéressée par celui-ci. Le programme risquait ainsi de plaire davantage aux 'Babyboomers' et aux prochaines générations d'aînés : *« Je pense c'est une approche qui va plaire à la clientèle qui s'en vient, celle des futures personnes âgées. »* (G2M).

#### 4.4.4.2 Caractéristiques des ergothérapeutes

Tout comme pour les aînés, les caractéristiques des ergothérapeutes exerceraient une influence variable sur le processus d'implantation du programme. Tantôt positive, tantôt négative, cette influence se présentait de façon similaire dans les milieux public et privé.

Premièrement, l'implantation du programme serait soutenue des **ergothérapeutes favorables et prêtes au changement** : *« C'est parce que nous avons envie que le programme devienne plus connu que nous sommes toutes motivées à participer à des projets comme celui-là. »* (G2PuB). L'attitude des ergothérapeutes envers le programme, et plus globalement envers la PPS, serait positive (ex. : stimulant, enthousiasmant, passionnant), mais c'est leur intérêt qui a été le plus souvent mentionné. Pour plusieurs participantes, l'intérêt ne se limitait pas uniquement aux caractéristiques du programme, mais concernait également l'intention d'apporter des changements à leur pratique : *« J'ai vraiment un intérêt poussé à participer à l'implantation ou à l'implanter moi-même. C'est un intérêt grandissant envers ce programme et un intérêt à le faire. »* (G1Pr). Selon le modèle de Roehlkepartain



(2001), une majorité de participantes se décrivaient à un stade de ‘mobilisation’, c’est-à-dire avaient l’intention d’essayer le programme et se préparaient au changement. Comparativement à leurs homologues du secteur public, les participantes du secteur privé et des organisations de petite taille exprimaient une intention de changement plus précise et affirmée : « *Quand je veux quelque chose, je vais le faire.* » (G2Pr) versus plus conditionnelle et incertaine : « *Si je peux trouver un chemin pour l’implanter, c’est peut-être ça que je ferais.* » (G1PuA). Qu’importe le milieu de pratique, le passage du stade de la mobilisation vers celui de l’action était mû par un engagement et une motivation personnelle à offrir le programme : « *Pour moi, c’est important et je pense que je pourrais mettre mon énergie là-dessus. [L’implantation du programme] pourrait donc devenir une cible vraiment prioritaire à court terme.* » (G1Pr). Certaines participantes considéraient même un engagement bénévole dans le cadre d’un stage, d’une préretraite ou d’une journée de congé : « *Je pense que je serais capable d’utiliser ma cinquième journée de travail que je prendrais en congé partiel sans solde. J’utiliserais cette journée-là et je ferais avancer le programme.* » (G2M).

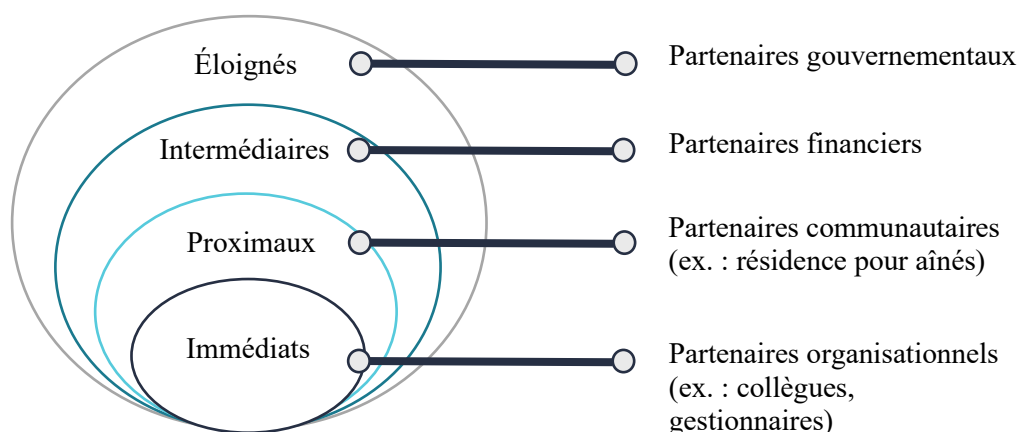
Deuxièmement, en plus de leur intérêt, de leur engagement et de leur motivation, les participantes rapportaient un **sentiment d’efficacité personnelle élevé pour les compétences cliniques, mais plus faible pour les compétences transversales**. Tel que mentionné, les participantes se sentaient bien outillées à la suite de la formation du programme Remodeler sa vie®. Cette formation leur a notamment permis d’acquérir les connaissances nécessaires à la présentation du programme et à l’utilisation de son contenu clinique. Même si plusieurs participantes rapportaient se sentir seules à porter le changement, elles se disaient capables d’aller chercher, auprès de partenaires proximaux (ex. : collègues, supérieur immédiat), le soutien nécessaire à une éventuelle implantation. D’une participante à l’autre, cette implantation était envisagée fort différemment. Alors que certaines déclaraient une capacité très partielle à l’implanter (ex. : utilisation uniquement en partie et auprès de clients individuels), d’autres visaient plutôt une implantation intégrale du programme. Au-delà des compétences cliniques, certaines compétences transversales reflétaient un faible sentiment d’auto-efficacité. Tout d’abord, et tel que mentionné, les habiletés d’animation de groupe ont été fréquemment rapportées comme étant lacunaires et faisant obstacle à l’implantation. Il en était de même pour les compétences en matière d’évaluation de programme, de développement d’outils web (ex. : communauté de pratique)

et d'*advocacy* systémique (ex. : communication persuasive) : « *Je ne pense pas que, comme ergothérapeutes, nous ayons de bonnes habiletés pour négocier et argumenter. Je connais très peu d'ergothérapeutes qui, par le passé, ont été capables d'aller quelque part et de frapper fort.* » (G2Pr). Les participantes reconnaissaient cependant l'importance de se former, notamment en matière d'*advocacy* systémique : « *Afin d'être des agents de changement, nous avons besoin, comme ergothérapeute, d'entendre des présentations comme celle d'Annie Carrier.* » (G2PuA).

Enfin, perception des ergothérapeutes quant à la faisabilité d'implanter serait, selon les participantes, un frein à la mise en œuvre du programme. Unaniment, les participantes percevaient l'implantation **réalisable, mais au prix d'efforts considérables** : « *Je crois que c'est faisable d'implanter, mais avec beaucoup d'énergie, beaucoup de temps.* » (G1Pr). En plus du temps à consentir aux séances de groupe et aux suivis individuels du programme, les participantes soulignaient l'importance du temps de préparation pour mener à bien les différentes étapes du plan d'implantation (ex. : s'approprier le matériel, fédérer des partenaires). Pour certaines, ce travail préparatoire était plus grand qu'imaginée et il était susceptible d'entraîner un abandon du projet : « *La charge de travail importante décourage plus par rapport à une éventuelle implantation.* » (G1PuA). En réponse à cette importante charge de travail, la fédération de partenaires serait nécessaire à une implantation réussie : « *On en a beaucoup parlé : au moment de planifier, ce sera essentiel de solliciter des acteurs et de mobiliser d'autres partenaires ; c'est vraiment une condition essentielle sinon ça n'aura pas lieu.* » (G2PuA). Selon les liens qu'ils entretenaient avec les participantes, ces partenaires pourraient être soit immédiats, proximaux, intermédiaires ou éloignés et jouer différents rôles (entraide et solidarité intraprofessionnelle, soutien décisionnel, financier ou logistique ; Figure 10)

**Figure 10**

Types de partenaires susceptibles d'être fédérés



Puisque les participantes situaient unanimement l'implantation du programme dans la zone 'marécageuse' de la matrice analytique du contexte (c'est-à-dire présentant un faible niveau de polarisation et de partage des coûts du changement ; Contandriopoulos *et al.*, 2010), des partenaires individuels, associatifs et organisationnels ont été ciblés afin de partager les coûts du changement. Avant d'entreprendre l'implantation, les participantes rappelaient cependant qu'il serait ambitieux de viser une répartition équitable et un engagement entier et soutenu de ces partenaires : « *Il faut aller chercher des alliés, des partenaires. Il ne faut pas tenir ça tout seule, mais il ne faut pas attendre non plus que ça soit complètement partagé. Dans ma tête, c'est un peu utopique.* » (G2Pr). L'implication d'un trop grand nombre de partenaires ainsi qu'un manque de coordination pour les rejoindre serait aussi susceptible d'alourdir et de retarder l'implantation.

#### 4.4.4.3 Caractéristiques d'autres parties prenantes

Bien qu'ils auraient **une attitude favorable envers le programme, les partenaires pourraient ne pas être favorables à son implantation**. En d'autres termes, les partenaires seraient susceptibles de reconnaître la vertu du programme et de démontrer de l'ouverture, sans toutefois être prêts à s'investir dans sa mise en œuvre : « *Ce sont davantage les décideurs des CISSS, des CIUSSS et du ministère qui pourraient limiter l'implantation en ne fournissant pas les budgets nécessaires ou en ne plaçant pas [le programme] dans les priorités.* » (G2M). Selon les participantes, la méconnaissance du programme et, plus

largement, de l'ergothérapie serait le principal déterminant de l'attitude (ex. ouverture, intérêt) des partenaires envers le programme lui-même : « *Les gens n'adhèrent pas s'ils ne savent pas c'est quoi. S'ils ne sont pas capables de définir [le programme], de l'expliquer facilement, ça va limiter leur implication.* » (G2PuB). Quant à l'attitude envers l'implantation du programme, c'était plutôt la perception de contrôle sur des ressources externes (ex. : temps, argent, implication des acteurs) qui semblait moduler l'attitude des partenaires : « *Si ça implique un budget, de dégager du temps ou d'investir des sous pour payer un ergothérapeute, c'est là que les gens vont dire qu'ils n'ont pas ce qu'il faut.* » (G2PuA). Par exemple, puisque l'accès aux ressources ergothérapiques a été décrit comme un enjeu central, les participantes étaient d'avis que certains gestionnaires pourraient être réfractaires à désigner des professionnels de la santé, dont des ergothérapeutes, pour animer des interventions de groupe. La modalité de groupe serait ainsi dévalorisée par certains gestionnaires qui y voyaient une utilisation sous-optimale des ressources et des compétences professionnelles : « *On m'a dit qu'il y avait d'autres personnes capables de faire de l'animation de groupe et que ce ne serait pas nécessairement nous, comme spécialistes ergothérapeutes, qui [nous] en occuperions.* » (G2M). Globalement, puisque de nombreux partenaires étaient susceptibles d'être impliqués et que leur influence réelle sur le processus d'implantation était difficilement prévisible, celle-ci a été analysée comme étant variable, c'est-à-dire que certains partenaires pourraient être davantage favorables et impliqués que d'autres.

#### 4.4.5 Facteurs liés au processus

##### 4.4.5.1 Planification de l'implantation

Puisque la présente étude s'inscrivait dans une phase de préimplantation, les participantes ne pouvaient se prononcer sur les construits associés à l'exécution et à l'évaluation du programme. La planification a, quant à elle, été principalement abordée en lien avec le développement d'un plan d'implantation, incluant des choix et des étapes préalables à la mise en œuvre du programme (section 5.4). Tel que mentionné, cette phase de planification était perçue comme étant complexe et exigeante. En fonction du secteur de pratique, différents **modèles d'implantation (ascendant ou descendant) seraient privilégiés**. Comparativement à celles du privé, les participantes du secteur public privilégieraient

majoritairement une approche d'implantation descendante (*top-down*), c'est-à-dire où les décisions sont impulsées par les hauts dirigeants et redescendues vers les ergothérapeutes. Obtenir l'approbation des autorités, incluant des gestionnaires, du MSSS et de l'OEQ, apparaissait ainsi comme une condition essentielle à l'implantation dans le secteur public. Pour les participantes du privé, cette préoccupation était davantage secondaire, puisqu'elles avaient souvent, tel que mentionné, la latitude décisionnelle nécessaire à la détermination de leur offre de services. De plus, puisqu'elle serait susceptible d'accélérer la mise en œuvre du programme, cette latitude serait favorable à une éventuelle implantation : « *Il y a moins de paliers [de décision au privé], c'est déjà un avantage énorme. [...] Il y a de belles opportunités entre les cliniques et les résidences privées et ça peut se discuter rapidement.* » (G1Pr). Enfin, qu'elles relevaient du secteur public ou privé, les participantes percevaient un **moment propice à l'implantation** du programme Remodeler sa vie®. Selon les différentes raisons évoquées précédemment (ex. : vieillissement démographique et nouvelles tendances sociales, ouverture des décideurs envers la PPS), un *momentum* serait favorable à l'implantation du programme. Afin de disposer d'un temps suffisant pour préparer l'implantation et piloter le programme à petite échelle, il pourrait cependant être opportun d'attendre le prochain changement de gouvernement avant de promouvoir officiellement l'intégration du programme dans le SSSS : « *À mon avis, il faudrait que tout soit prêt au moment du changement de gouvernement. On monte ça avant que le gouvernement rechange et on s'arrange pour être prêts à peser sur le piston.* » (G2Pr).

#### ***4.4.6 Principaux constats au sujet des facteurs d'influence à l'implantation du programme Remodeler sa vie®***

À l'issue des échanges, il appert que les facteurs susceptibles d'influencer une éventuelle implantation du programme Remodeler sa vie® sont nombreux, multisystémiques et parfois différents d'un milieu à l'autre. Par exemple, et tel qu'identifié par les participantes, la force des évidences scientifiques du programme, ses retombées à de multiples niveaux et sa conception 'clé en main' seraient des caractéristiques qui le distingueraient des autres. La longue durée du programme, son intensité élevée et son coût étaient cependant rapportés comme d'importants obstacles à son implantation. Par ailleurs, les différents acteurs (aînés, ergothérapeutes, gestionnaires et autres partenaires) entretiendraient une attitude favorable

envers le programme. Cette attitude favorable ne serait toutefois pas garante d'un engagement et d'une implication active envers l'implantation. Globalement, les différences entre les milieux relèvent principalement de facteurs organisationnels, lesquels joueraient en défaveur des milieux publics (Tableau 12). Bien qu'une implantation en milieu privé soit ressortie comme étant plus facilement réalisable dans un premier temps, une implantation dans le secteur public était cependant nécessaire afin d'assurer un accès équitable au programme. Mis à part pour l'environnement socioculturel, l'influence du contexte externe serait plutôt défavorable. En effet, les politiques et les plans d'action en place en matière de PPS ne seraient pas des leviers suffisants pour influencer la pratique. Bien qu'ils risquaient de complexifier une éventuelle implantation, les défis associés à la ruralité et au climat québécois appelaient, pour leur part, à la mise en place de solutions innovantes (ex. : formule itinérante du programme). En raison du positionnement de la présente étude en phase de préimplantation, les facteurs liés à au processus d'implantation ont été peu documentés. Malgré une phase de planification étant perçue comme complexe et exigeante, il y aurait cependant un *momentum* favorable à l'implantation du programme. Plusieurs solutions ont de plus été proposées afin de composer efficacement avec les facteurs défavorables à une éventuelle implantation (Tableau 13).

**Tableau 12**

Principales distinctions entre les milieux d'implantation publics et privés

<b>Catégories (CFIR)</b>	<b>Construits (CFIR)</b>	<b>Milieu public</b>	<b>Milieu privé</b>
Organisation	Caractéristiques structurelles (âge et taille de l'organisation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Absence d'influence liée à l'âge de l'organisation (N/A)</li> <li>Mégastructures organisationnelles susceptibles de complexifier et de ralentir l'implantation (-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Possibilités de financement pour les entreprises en démarrage ou d'investissement pour celles étant bien établies (+)</li> <li>Milieus généralement plus petits disposant d'un niveau plus élevé d'autonomie décisionnelle et de stabilité du personnel (+)</li> </ul>
	Culture organisationnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>Culture davantage normative et administrative (ex. reddition de compte) (-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Culture axée sur l'entrepreneuriat et l'innovation (+)</li> </ul>
	Climat d'implantation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programme cohérent avec les valeurs et les normes, mais pratique actuelle difficilement conciliable avec les exigences et la philosophie du programme (-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Possibilité de faire place à la prévention et de positionner le programme parmi les priorités de l'entreprise (+)</li> </ul>
	Prédisposition à l'implantation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Engagement des décideurs modulé en fonction de cibles prioritaires imposées par de plus hautes instances (-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Engagement des décideurs soutenu par l'intérêt personnel envers le programme et la latitude décisionnelle quant aux orientations de l'entreprise (+)</li> </ul>
Contexte externe	Environnement politique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Absence de directives gouvernementales et échec des politiques et des plans d'action actuels à mettre en place des structures, des programmes et des services axés sur la prévention (-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Influence marginale des politiques et des plans d'actions ministériels sur le fonctionnement des cliniques privées (+)</li> </ul>
Individus	Caractéristiques des individus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intention de changement plus conditionnelle et incertaine (-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intention de changement plus précise et affirmée (+)</li> </ul>
Processus	Modèles d'implantation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modèle d'implantation descendant où les décisions sont impulsées par les hauts dirigeants et redescendues vers les ergothérapeutes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modèle ascendant où l'expérimentation clinique et la démonstration de la faisabilité du programme nourrissent et de rehaussent l'argumentaire auprès des dirigeants</li> </ul>

**Tableau 13**

Synthèse de solutions possibles aux obstacles d'implantation

<b>Catégories (CFIR)</b>	<b>Facteurs défavorables à une éventuelle implantation</b>	<b>Solutions proposées</b>
Intervention	Programme de longue durée et d'intensité élevée	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Préconiser une durée de six plutôt que de 9 mois</li> <li>▪ Fractionner le programme sur deux sessions</li> <li>▪ Cibler, dans un premier temps, une clientèle volontaire et intéressée</li> </ul>
	Assurer un accès équitable et non discriminatoire au programme ainsi qu'aux services d'ergothérapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Offrir un service de transport (ex. bénévoles)</li> <li>▪ Choisir un lieu physiquement accessible et à proximité pour la clientèle</li> <li>▪ Débuter le programme ni trop tôt ou trop tard en journée</li> <li>▪ Cibler les aînés en liste d'attente pour des niveaux de priorité 4 ou 5</li> <li>▪ Adaptation du programme en fonction de certaines clientèles spécifiques (ex. diabète)</li> <li>▪ Adaptation du programme pour une utilisation en contexte d'intervention individuelle</li> </ul>
	Défis inhérents à une pratique compétente de la profession	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Obtenir l'avis de l'OEQ sur la tenue des dossiers professionnels et leur approbation au regard du contenu du programme</li> </ul>
	Coût élevé du programme	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Offrir le programme dans le réseau public de santé et de services sociaux</li> <li>▪ Préconiser un partenariat de coûts</li> <li>▪ Faire appel aux différentes possibilités de financement et de subventions</li> </ul>
	Choix et étapes d'implantation nombreux et parfois complexes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Préconiser, dans un premier temps, une implantation en milieu privé</li> <li>▪ Fédérer différents types de partenaires (individuels, associatifs et organisationnels)</li> </ul>
Organisation	Culture normative et administrative	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Démarrer des groupes périodiquement auprès de nouveaux clients (taux de pénétration)</li> <li>▪ Obtenir l'approbation des autorités (MSSS, OEQ)</li> </ul>
	Positionnement moins cohérent avec les mandats, les priorités et la pratique du secteur public	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Considérer une implantation dans les directions de santé publique</li> </ul>
	Prévention : une place à faire	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Remplacer les programmes moins performants par le Remodeler sa vie ®</li> </ul>
	Engagement des décideurs tributaire de la personne en place	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faire connaître le programme et la profession aux décideurs</li> <li>▪ Obtenir l'appui et l'implication de l'ensemble des paliers de direction</li> </ul>



Catégories (CFIR)	Facteurs défavorables à une éventuelle implantation	Solutions proposées
	Manque de ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Privilégier une animation ergothérapique alliant l'expertise complémentaire d'autres professionnels et invités.</li> <li>▪ Miser sur l'implication de stagiaires et de personnel en réaffectation (ex. retrait préventif)</li> <li>▪ Dédier des ergothérapeutes à la prévention</li> </ul>
	Manque de ressources financières	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Demande de subventions auprès de fondations caritatives ou corporatives</li> <li>▪ Utilisation du crédit d'impôt provincial pour activités des aînés</li> <li>▪ Demande de budget auprès de la municipalité</li> <li>▪ Partenariat de coûts avec des entreprises privées (ex. résidences pour aînés, compagnies pharmaceutiques, fournisseurs d'aides techniques)</li> <li>▪ Couverture des services d'ergothérapie préventifs par les compagnies d'assurances</li> <li>▪ Financement du programme par la Direction régionale de santé publique</li> </ul>
Contexte externe	Politiques et plans d'action cohérents et potentiellement influents, mais absence de directives gouvernementales	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insérer le programme à l'intérieur de directives ministérielles</li> <li>▪ Revoir les cibles et les indicateurs de mesures (ex. satisfaction des usagers, santé, qualité de vie, participation sociale)</li> </ul>
	Système électoral en mouvance et sous influences	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Synchroniser les actions d'<i>advocacy</i> systémique auprès des décideurs gouvernementaux avec les prochaines élections</li> </ul>
	Défis liés au climat	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Débuter le programme au printemps ou à l'automne</li> <li>▪ Offrir le programme directement dans les complexes d'habitation pour aînés</li> </ul>
	Défis liés à la ruralité	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Approcher des municipalités ayant démontré un leadership en matière de PPS</li> <li>▪ Offrir une formule itinérante du programme</li> </ul>
Individus	Capacité et désir incertains des aînés de s'investir dans une démarche de changement d'habitudes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faire connaître le programme et la profession aux aînés</li> <li>▪ Cibler un moment de vie où la personne sera ouverte et désireuse d'apporter des changements</li> <li>▪ Faire en sorte que les aînés se sentent interpellés par le programme et qu'ils en fassent, idéalement, la demande</li> </ul>
	Faible sentiment d'efficacité personnelle pour les compétences transversales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuivre la formation des ergothérapeutes en matière d'<i>advocacy</i> systémique</li> </ul>

#### **4.5 Actions à entreprendre en vue d'une implantation réussie**

Cette section présente un plan d'implantation visant à soutenir l'intégration et l'expansion du programme Remodeler sa vie® en milieu communautaire québécois. S'échelonnant sur deux ans, ce plan comporte six axes d'implantation, 15 objectifs ainsi qu'une série d'actions à entreprendre (Tableau 14). Un échéancier et des personnes responsables ont également été identifiés. Alors que les premiers axes reposent principalement sur des objectifs individuels (ex. : s'approprier le programme), les axes subséquents sont davantage collectifs et ont pour but la planification, l'expérimentation et l'évaluation du programme (Tableau 14). Bien que les axes et les objectifs suivent un certain ordonnancement dans le temps, le plan est de nature non linéaire, c'est-à-dire que certains objectifs pourraient être poursuivis de façon concomitante.

**Tableau 14**

Plan d'implantation du programme Remodeler sa vie®

<b>Axes d'implantation</b>	<b>Objectifs</b>	<b>Actions à entreprendre</b>	<b>Échéancier</b>	<b>Personnes responsables</b>
1. Analyser les besoins	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprendre les besoins des aînés et leurs enjeux de santé</li> </ul>	Recueillir l'information pertinente auprès d'aînés et de partenaires communautaires.	~ 1 an	Ergothérapeutes avec l'appui des gestionnaires
2. Développer et partager l'expertise	<ul style="list-style-type: none"> <li>S'approprier le contenu du programme</li> </ul>	Réviser le matériel de formation et le manuel du programme Créer une bibliographie en ligne	± 3 mois	Ergothérapeutes
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Développer ensemble du matériel clinique adapté à la réalité locale</li> </ul>	Préparer le matériel nécessaire à l'animation des séances (canevas, feuilles d'activité, références) Mettre en place une communauté de pratique virtuelle	N/S	Ergothérapeutes Ressources en réaffectation Stagiaires
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poursuivre le déploiement de la formation du programme</li> </ul>	Déployer la formation auprès d'ergothérapeutes et d'étudiants en ergothérapie	N/S	ACE + Recherche
3. Élaborer des plans	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bâtir un plan d'affaires</li> </ul>	Définir les paramètres du programme dont prioritairement le milieu d'implantation et la clientèle cible	N/S	Ergothérapeutes
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Développer un plan financier</li> </ul>	Établir le budget, la tarification, le financement, la facturation et les stratégies de contrôle des coûts.		Ergothérapeutes du secteur privé
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proposer un plan de communication et de relations publiques</li> </ul>	Faire connaître le programme auprès d'acteurs clés Identifier des partenaires potentiels et vérifier leur réceptivité Collaborer avec les diverses instances décisionnelles Fédérer des partenaires		Ergothérapeutes

Axes d'implantation	Objectifs	Actions à entreprendre	Échéancier	Personnes responsables
4. S'occuper de la logistique et du recrutement	▪ Etablir un plan de mise en marché	Concevoir du matériel promotionnel adapté au public cible Obtenir des appuis crédibles Formuler et diffuser un message clé	0-2 ans	Responsabilité partagée
	▪ Obtenir les ressources nécessaires à la mise en œuvre du programme	Obtenir le financement, le local et le matériel Obtenir la couverture des services préventifs d'ergothérapie par les compagnies d'assurances Libérer des ergothérapeutes du secteur public pour offrir des services de PPS incluant le programme Remodeler sa vie®		Responsabilité partagée
	▪ Mettre en place le soutien logistique et opérationnel nécessaire au démarrage du programme	Dresser une liste de tâches et partager les responsabilités		
	▪ Recruter et former les groupes	Rejoindre les aînés avec l'aide d'un réseau de partenaires Développer différentes voies d'accès au programme et trajectoires de référencement Recruter le bon profil de candidats Déterminer le niveau d'homogénéité souhaité dans la composition des groupes	± 18 mois	Responsabilité partagée
5. Piloter le programme	▪ Offrir une première version programme	Piloter 1) dans quelques régions et avec différents types d'organisations et de partenaires, 2) fidèlement au programme original et à petite échelle et 3) en partenariat avec le milieu universitaire	± 2 ans	Ergothérapeutes

Axes d'implantation	Objectifs	Actions à entreprendre	Échéancier	Personnes responsables
6. Évaluer l'intervention et poursuivre la recherche	▪ Élaborer un plan de recherche	Définir un projet de recherche incluant les méthodes, les concepts, les dimensions et les indicateurs de mesure cohérents ; collaborer avec les équipes de recherche	± 2 ans	Équipe de recherche
	▪ Poursuivre la recherche	Quantifier et démontrer les effets de du programme et de l'implantation Planifier la mise à l'échelle du programme	> 2 ans	Équipe de recherche

#### 4.5.1 Premier axe — Analyser les besoins

La nécessité d'analyser les besoins de la clientèle aînée est ressortie comme un axe d'implantation prioritaire dans un des groupes de discussion. La répétition de cette idée par d'autres participantes ainsi que son positionnement comme objectif de premier plan dénote cependant son importance.

##### *Objectif 1 — Comprendre les besoins des aînés et leurs enjeux de santé*

L'objectif poursuivi sous ce premier axe d'implantation était de mieux comprendre, d'ici un an, les besoins des aînés et les enjeux de santé auxquels ils font face. Pour y parvenir, le **recueil d'informations pertinentes auprès d'aînés et de partenaires communautaires** serait une action à entreprendre. Tout d'abord, l'information à recueillir auprès des aînés concernerait : 1) leur intérêt à participer à des activités préventives dans la communauté, 2) leurs préoccupations en matière de santé et 3) les éléments importants ou manquants à leur quotidien. À cet effet, il importe de sonder l'intérêt, tel que suggéré par une des ergothérapeutes : « *Développer des entrevues ou des questionnaires qu'on diffusera à la population afin qu'ils nomment les occupations [qu'ils ont] à cœur, ce qui est important dans leur quotidien, ce qui leur manque, leur fait peur ou les préoccupe.* » (G2PuB). Par ailleurs, afin de mieux comprendre comment les principaux déterminants de santé agissant sur une communauté spécifique, les partenaires communautaires devraient être impliqués : « *Faire des entrevues avec des centres communautaires ou des centres de personnes âgées pour entendre leur perception de ce qui va bien chez cette clientèle, ce qui leur manque et ce qu'ils aimeraient avoir comme soutien.* » (G2PuB).

#### 4.5.2 Deuxième axe — Développer et partager l'expertise

Le développement et le partage d'expertise a été identifié comme deuxième axe d'implantation. Cet axe, soulevé dans l'ensemble des groupes, se décline en trois objectifs visant : 1) l'appropriation du contenu du programme par les ergothérapeutes formés, 2) le développement de matériel clinique et 3) la poursuite du déploiement de la formation.

##### *Objectif 2 — S'approprier le contenu du programme*

Pour plusieurs ergothérapeutes, l'appropriation des connaissances, c'est-à-dire l'assimilation d'informations sur le contenu du programme ainsi que leur intégration en termes d'expertises et de savoir-faire, représentait un important point de départ à son implantation et impliquerait

la **révision des documents de formation** incluant, lorsqu'il sera disponible, le manuel traduit du programme. De façon générale, le niveau de temps et d'effort à investir pour atteindre cet objectif était perçu comme étant important et susceptible d'augmenter en fonction du temps écoulé entre le moment de la formation et celui de l'utilisation du programme. Par ailleurs, puisque certains contenus du programme (ex. : 'hormones, sexualité et vieillissement') se retrouveraient peu dans la pratique ergothérapique actuelle, certaines participantes étaient d'avis que l'appropriation du programme ne devrait pas se limiter au matériel présenté lors de la formation. Ce processus impliquerait ainsi le développement d'expertise complémentaire et la recherche d'informations supplémentaires afin de parvenir à un niveau plus élevé d'approfondissement et de maîtrise du contenu : « *Je trouve qu'il faut aller un peu plus loin pour être en mesure de bien se préparer.* » (G1PuA). De façon générale, les participantes étaient d'avis que les présentations narrées en ligne constituaient un outil de révision efficace. Elles croyaient également que **la création d'une bibliographie en ligne** serait utile à des fins d'appropriation du contenu du programme.

*Objectif 3 — Développer l'ensemble du matériel clinique mieux adapté à la réalité locale*

Afin de rendre le matériel de formation davantage au service des cliniciens et adapté à la réalité locale, un objectif a été soulevé en lien avec la **conception de matériel d'animation et d'implantation 'clé-en-main'**. Pour y parvenir, les participantes ont proposé la création collaborative d'une variété de documents susceptibles d'optimiser leur efficacité clinique. Par exemple, des lettres types pour le recrutement des aînés et pour les demandes de financement, un calendrier des rencontres, une liste de stratégies d'animation de groupe, des canevas d'animation de groupe et de tenue de dossiers, des répertoires de références bibliographiques sur les thèmes du programme et des précisions sur le déroulement de certaines activités. Bref, issue d'une action collective, un partage de ressources permettrait d'assurer une mise en œuvre efficace du programme : « *S'il y avait des mises en commun, plutôt que chacune le fasse individuellement, ça pourrait aider à la faisabilité, car ça peut représenter beaucoup de travail.* » (G1Pr).

Concrètement, ces ressources pourraient être rendues disponibles par la **création d'une communauté de pratique virtuelle ou d'un cahier de l'animateur et du participant**. Afin de surmonter les exigences élevées liées au développement initial de

matériel clinique, un effort collectif est ressorti comme une idée forte, voire essentielle, permettant de répartir la charge de travail et de tirer profit de l'expérience acquise par d'autres. Le recours au personnel en réaffectation et aux stagiaires a également été proposé comme source d'appui à la conception du matériel clinique : « *Que le stagiaire m'accompagne dans les étapes préalables au groupe, par exemple, [réfléchir à] comment intégrer des conférenciers-invités, préparer des questions d'animation et faire l'évaluation initiale des besoins.* » (G2PuA). L'intensité de la contribution de ces acteurs serait toutefois plus élevée pour lancer initialement le programme que le reconduire : « *Une fois que le matériel physique [ex. : canevas d'animation] serait monté, ça ne serait pas à refaire au complet à chaque fois que le groupe serait donné. Les ressources [personnel en réaffectation ou stagiaires] seraient donc utilisées plus intensivement pour démarrer le projet.* » (G2PuB).

#### *Objectif 4 — Poursuivre le déploiement de la formation*

Toujours dans l'axe du développement de l'expertise des ergothérapeutes, un objectif de poursuite du déploiement de la formation a été nommé comme étant important : « *[Il faut] développer l'expertise chez les ergothérapeutes en leur offrant la formation nécessaire afin qu'ils soient en mesure de donner le programme.* » (G2M). Rapporté dans deux des groupes, la portée de cet objectif apparaissait importante afin d'augmenter le nombre d'ergothérapeutes formés dans le champ de la prévention. Pour ce faire, un **déploiement de la formation auprès de nouveaux ergothérapeutes** était souhaité d'ici un an : « *C'est sûr que nous, nous sommes formées, mais il faut poursuivre sur cette lancée.* » (G2M). Parallèlement, les finissantes du profil entrepreneurial soulignaient la pertinence de **déployer la formation auprès d'étudiants en ergothérapie**. Ce déploiement pourrait, par exemple, s'actualiser par le biais d'une activité pédagogique statutaire au cursus universitaire : « *De nous outiller à la base dans notre profil académique, pour qu'on soit capables de discuter du programme et de le promouvoir auprès d'ergothérapeutes lorsque nous serons sur le marché du travail.* » (G2Pr). Toujours selon ces finissantes, le programme Remodeler sa vie® pourrait aussi être enseigné, au même titre que d'autres formations (ex. : principes de déplacements sécuritaires des bénéficiaires et approche CO-OP), dans un cadre optionnel et parascolaire. Dans ce contexte, l'appui financier d'organisations associatives pourrait faciliter l'accès à la formation, et ce, un an ou deux avant l'entrée sur le marché du travail :



« Offrir aux étudiants universitaires, une formation annuelle dont les frais nous seraient remboursés par notre association. » (G2Pr).

#### 4.5.3 Troisième axe — Élaborer des plans

Un troisième axe d'implantation en lien avec la planification du programme a soulevé bon nombre d'échanges et de questions lors des groupes de discussion. Quatre objectifs ont ainsi été dégagés liés au développement de divers plans, soit : 1) d'affaires, 2) financier, 3) de communication et de relations publiques et 4) de mise en marché.

##### Objectif 5 — Élaborer un plan d'affaires

Au regard de l'ampleur des choix et des options d'implantation, l'élaboration d'un plan d'affaires est apparue nécessaire afin de **préciser les paramètres du programme** (ex. : où, quoi, quand, comment, à quelle dose, pour qui, par qui, etc.). Parmi ces paramètres, des participantes identifiaient le besoin de statuer prioritairement sur le milieu d'implantation (où ?) et la clientèle cible (pour qui ?) : « *Mon premier objectif est de déterminer le milieu de pratique le plus approprié pour offrir le programme. J'ai l'impression qu'un peu tout découle de ça.* » (G2PuB). Afin de guider le choix du milieu d'implantation, certaines caractéristiques ont été ciblées, dont un lieu physiquement accessible, situé à proximité et offrant climat convivial, respectueux et non médicalisé. Similairement, la réflexion quant au choix de la clientèle devrait se poursuivre afin de résoudre la tension entre des arguments conflictuels associés, tel que présenté, au profil des aînés (ex. : âge, état de santé, condition socio-économique, connus ou non des services de santé et sociaux). Le choix de la clientèle demeurerait toutefois un objectif prioritaire : « *Mon objectif est de trouver un groupe cible de personne ayant le goût de changer et de s'impliquer dans le développement de ce projet.* » (G2PuB).

##### Objectif 6 — Élaborer un plan financier

Plus particulièrement pour les ergothérapeutes du secteur privé, l'élaboration d'un plan financier est apparue comme une considération de premier ordre. Les actions à entreprendre en lien avec cet objectif étaient, d'abord, d'**établir un budget**, incluant le coût total du programme, les dépenses à prévoir et son inflation. En marge de ce budget, il importerait également d'**établir la tarification pour les aînés, les modes de financement, les méthodes de facturation, les agents payeurs et les stratégies de contrôle des coûts** : « *[Il faut] faire*

*un budget : coûts, profits, argent à obtenir, financement à rechercher versus la part des participants.* » (G2Pr). Pour chacune des actions du plan financier, une réflexion a été amorcée en groupe générant des pistes d'idées parfois audacieuses. Par exemple, à l'instar du mouvement de solidarité 'Cafés en attente', il a été suggéré que certains accès au programme, notamment pour la clientèle moins bien nantie, soient prépayés par un système de dons au suivant. Afin d'assurer la congruence avec la réalité clinique, la consolidation de ces idées doit cependant se poursuivre de façon personnalisée dans chacun des milieux. Tel que mentionné, les aspects financiers génèrent des tensions entre la nécessité de charger pour des services professionnels privés et celle d'assurer l'accessibilité au programme. Dans ce contexte, certaines participantes du secteur privé s'étaient fixées, dans un horizon parfois très court (3 mois) des objectifs de réduction des coûts, et ce, grâce à l'établissement de partenariats financiers : *« J'avais un objectif d'établir un partenariat avec des organismes subventionnaires afin de diminuer, d'au moins 50 %, le coût à défrayer par les participants.* » (G2Pr). Pour les ergothérapeutes du secteur public, l'élaboration d'un plan financier constituait un facteur favorable à l'implantation en soutenant la prise de décision des gestionnaires, mais il ne figurait pas, à proprement parler, parmi leurs objectifs d'implantation.

#### *Objectif 7 — Élaborer un plan de communication et de relations publiques*

L'élaboration d'un plan de communication et de relations publiques a été identifiée comme un objectif important se situant sous l'axe stratégique de planification du programme. Les actions à entreprendre pour atteindre cet objectif faisaient consensus et incluaient, en premier lieu, de **faire connaître le programme auprès de différents acteurs clés** : *« Les gens ont besoin de savoir que ça existe en premier.* » (G2PuB). Pour une majorité de participantes, cette diffusion d'information devait se faire rapidement (1 à 12 mois) et ciblerait prioritairement, et tel que défini, des acteurs proximaux avec qui les ergothérapeutes entretenaient déjà des liens : *« Dans un premier temps, ce serait d'informer l'équipe d'ergothérapeutes avec qui je travaille [...] afin qu'eux aussi soient derrière moi, en intégrant la chef de programme.* » (G2M). Des rencontres et des capsules vidéo (incluant des témoignages d'ainés et des résultats de recherche) ont par ailleurs été ciblées comme canaux de communication à privilégier. La diffusion d'information devrait ensuite progresser de façon graduelle et organisée vers des partenaires plus éloignés comme des décideurs

politiques (ex. : députés, MSSS, direction de la santé publique) : « *[Il faut] diffuser l'information et sensibiliser les instances [décisionnelles] aux bienfaits du programme.* » (G2M). La façon de joindre ces décideurs soulevait cependant plusieurs questions et les participantes ne s'estimaient pas nécessairement les mieux placées pour y parvenir. Les équipes de recherche et les organismes de représentation de la profession pourraient ainsi assumer cette responsabilité : « *L'OEQ ou l'ACE ont un rôle à jouer dans [cette diffusion]. Ce sont des gens déjà bien placés avec un rôle de porte-parole.* » (G2Pr). La diffusion de l'information aux aînés et à la population générale s'inscrivait, quant à elle, plus tardivement (objectif à moyen terme : 12-24 mois) et pourrait être facilitée par des associations et des organismes privés ou communautaires visant les aînés (ex. : Réseau FADOQ, centres communautaires, résidences privées pour aînés). Puisque ces associations et ces organisations bénéficieraient de liens étroits et direct avec les aînés de la communauté, elles seraient à privilégier afin de rejoindre les aînés plus facilement et plus largement : « *Ce sont vraiment les personnes qui sont le plus en contact avec la population générale, ils sont donc notre moyen de diffuser l'information.* » (G2PuB). En deuxième lieu, des actions visant à **identifier des partenaires potentiels et à vérifier leur réceptivité** ont été évoquées. À cette étape, il n'était pas encore question de formaliser les ententes partenariales, mais plutôt d'identifier et d'établir des contacts avec des partenaires susceptibles de faciliter l'implantation. Par exemple, en dressant une liste de contacts potentiels ou en effectuant les premiers pas auprès de personnes d'influence. En dernier lieu, les participantes ont soulevé l'importance, à moyen terme (12 à 24 mois), de **fédérer des partenaires** (immédiats, proximaux, intermédiaires et éloignés), c'est-à-dire de convaincre, de former des alliances et d'obtenir des engagements visant le partage des responsabilités ou des coûts, et ce, afin d'assurer la réussite de l'implantation : « *Une fois identifié, je vais essayer d'établir des liens et des engagements [les partenaires].* » (G2M). Selon les partenaires impliqués, leur engagement pouvait s'actualiser différemment et il importait de définir les responsabilités de chacun (Tableau 15).

**Tableau 15**

Partage des responsabilités d'implantation entre différents partenaires potentiels

<b>Groupes visés</b>	<b>Acteurs</b>	<b>Responsabilités</b>
Aînés	Aînés ayant pris part au programme Comité d'usagers Groupe de pression	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Agir à titre d'agent multiplicateur auprès des pairs</li> <li>▪ Témoigner des retombées du programme auprès de diverses instances</li> <li>▪ Contribuer à la documentation des besoins et de l'intérêt envers le programme</li> <li>▪ Faire des représentations auprès des décideurs comme le MSSS ou les CA d'établissement</li> </ul>
Association et ordre professionnel	ACE  OEQ	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soutenir le déploiement du programme (ex. : publication du manuel du programme, mise en place d'une communauté de pratique)</li> <li>▪ Faire des représentations auprès des décideurs politiques et des assureurs</li> <li>▪ Contribuer à la visibilité du programme</li> <li>▪ Entériner le contenu du programme</li> <li>▪ Faire des représentations auprès des décideurs politiques (ex. : direction régionale de santé publique)</li> <li>▪ Promouvoir, dans les documents professionnels (ex. : énoncés de position, mémoires, référentiel de compétences), le rôle de l'ergothérapeute en PPS</li> </ul>
Décideurs	Décideurs politiques (gouvernementaux et municipaux)  Gestionnaires d'établissement	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Octroyer les budgets nécessaires à la prévention</li> <li>▪ Fournir les appuis nécessaires à l'implantation (ex. : aux établissements)</li> <li>▪ Revoir les indicateurs de résultats pour intégrer des cibles liées à la participation sociale, à la santé et à la qualité de vie</li> <li>▪ Contribuer à l'identification de sources de financement et au financement du programme</li> <li>▪ Faire des représentations auprès des paliers décisionnels supérieurs (ex. : cadres supérieurs, conseil d'administration, MSSS)</li> <li>▪ Fournir les appuis nécessaires à l'implantation (ex. : autorisations, ressources humaines, financières et matérielles)</li> <li>▪ Contribuer à l'identification d'acteurs clés</li> </ul>
Entreprises privées	Pharmacies	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soutenir la réalisation du programme (ex. : contribution financière ou à titre de conférencier invité)</li> <li>▪ Fournir les appuis nécessaires au programme (corroboration des besoins des aînés, tels que rencontrés en pratique)</li> <li>▪ Collaborer au recrutement ou au référencement</li> </ul>

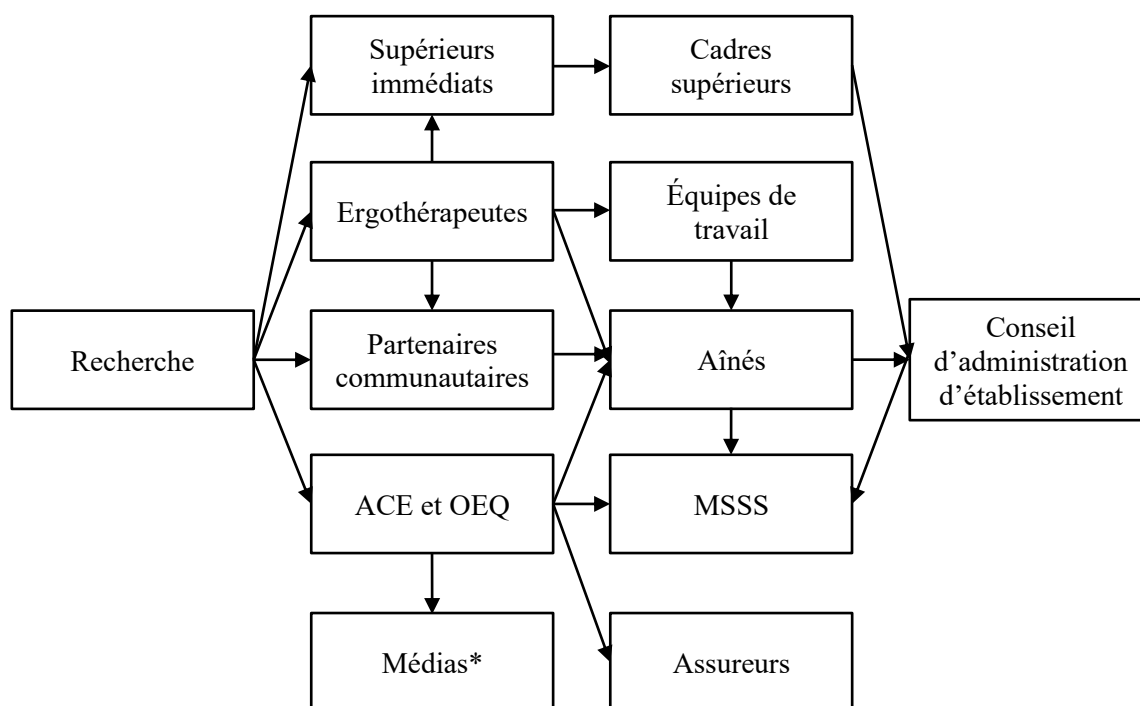
<b>Groupes visés</b>	<b>Acteurs</b>	<b>Responsabilités</b>
Entreprise privées (suite)	Fournisseurs d'aides techniques	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soutenir la réalisation du programme par des contributions financières ou matérielles)</li> </ul>
	Résidences privées pour aînées	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soutenir la réalisation du programme par des contributions financières ou matérielles (ex. : locaux)</li> <li>▪ Offrir un accès inclusif au programme pour les aînés de la résidence et ceux du quartier</li> <li>▪ Collaborer au recrutement ou au référencement</li> <li>▪ Publiciser le programme (ex. : séance d'information sur place)</li> <li>▪ Fournir les appuis nécessaires à l'implantation (ex. : lettre d'intention)</li> </ul>
	Assureurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Étendre la couverture d'assurances pour les services d'ergothérapie (incluant les interventions préventives)</li> <li>▪ Soutenir la mise en place de projets pilotes</li> </ul>
Médias et influenceurs		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Représenter et publiciser le programme</li> </ul>
Milieu académique	Étudiants/stagiaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Développer du matériel clinique</li> <li>▪ Animer ou coanimer le programme</li> </ul>
	Chercheurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soutenir la mise en place de projets pilotes</li> <li>▪ Quantifier et démontrer les effets de du programme et de l'implantation</li> <li>▪ Présenter le programme et ses effets à des instances variées (ex. : questionnaires d'établissements, Tables de concertation, OEQ)</li> <li>▪ Poursuivre la recherche</li> </ul>
	Superviseurs de stage Cliniques universitaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Collaborer à la supervision de stages novateurs</li> <li>▪ Promouvoir la PPS auprès des étudiants</li> <li>▪ Collaborer à la recherche</li> </ul>
Milieu communautaire et associatif	Tables de concertation des aînées	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diffuser l'information au sujet du programme</li> </ul>
	Associations d'aînées (ex. : Réseau FADOQ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Collaborer avec les directions de santé publique pour offrir le programme</li> <li>▪ Diffuser l'information au sujet du programme</li> <li>▪ Collaborer au recrutement ou au référencement</li> </ul>
	Organismes communautaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diffuser l'information au sujet du programme</li> <li>▪ Soutenir la réalisation du programme en offrant des locaux</li> <li>▪ Partager la connaissance du milieu et des ressources</li> <li>▪ Collaborer au recrutement ou au référencement</li> </ul>

Groupe visé	Acteurs	Responsabilités
Professionnels de la santé	Ergothérapeutes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documenter les besoins des aînés</li> <li>S'approprier le programme</li> <li>Développer du matériel clinique</li> <li>Collaborer à la planification de la mise en œuvre</li> <li>Diffuser l'information auprès des aînés, des autres ergothérapeutes et des supérieurs immédiats et de l'association et de l'ordre professionnel</li> <li>Obtenir les autorisations nécessaires (ex. : chef de programme)</li> <li>Offrir le programme</li> <li>Collaborer à la recherche</li> </ul>
	Équipe multidisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>Collaborer à titre de conférencier invité</li> <li>Collaborer au recrutement ou au référencement</li> </ul>
	Médecins généralistes (GMF)  Ressources en réaffectation Personnel administratif	<ul style="list-style-type: none"> <li>Collaborer au recrutement ou au référencement</li> <li>Intégrer le programme à l'offre de services existante en GMF</li> <li>Publiciser le programme (ex. : vidéo ou dépliants dans les salles d'attente)</li> <li>Développer du matériel clinique</li> <li>Animer ou coanimer le programme</li> <li>S'occuper de la logistique</li> </ul>
Villes et municipalités	Services publics (ex. : bibliothèques, églises, réseau de transport)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soutenir la réalisation du programme en offrant des locaux ou des gratuités pour l'essai de transports collectifs</li> </ul>
Autres	Direction de santé publique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rattacher des ergothérapeutes aux directions de santé publique</li> <li>Intégrer le programme à l'offre de services existante</li> <li>Fournir les appuis nécessaires à l'implantation</li> </ul>
	Guichet d'accès aux soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier les clients potentiels (ex. : profils Iso-SMAF 1 à 4) et les orienter vers le programme</li> </ul>
	Clinique spécialisée (ex. : douleur, cardiométabolique, santé globale, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intégrer le programme à l'offre de services existante</li> </ul>

Les actions du plan de communication et de relations publiques ont été rapportées comme étant sous la responsabilité des participantes, mais n'excluraient pas que les différents destinataires du message diffusent, à leur tour, l'information dans leurs réseaux respectifs : « *Si la chef de programme est à l'aise avec cette approche, elle pourra faire le lien avec le comité de gestion.* » (G2M). Des chaînes de communication pourraient ainsi s'établir en passant, par exemple, de l'ergothérapeute à son supérieur immédiat, aux cadres supérieurs, au conseil d'administration pour rejoindre ensuite le MSSS (Figure 11).

Figure 11

Exemple de configuration d'un plan de communication



Légende : \*Diffusion élargie

### Objectif 8 — Élaborer un plan de mise en marché

Les propos relatifs au besoin et à la façon de 'vendre', de promouvoir et de publiciser le programme ont été regroupés sous l'objectif d'élaboration d'un plan de mise en marché. Les actions ciblées pour atteindre cet objectif incluaient premièrement la **conception de matériel promotionnel adapté au public cible** : « *D'ici trois mois, développer trois outils de*

*présentation du programme : le premier adapté à la Direction de santé publique, le deuxième aux aînés et le troisième aux intervenants. » (G2PuB). Ce matériel pourrait, par exemple, prendre la forme d'une trousse de base incluant divers documents comme des lettres, des affiches, des capsules vidéo et des présentations PowerPoint. Cette trousse pourrait ainsi faciliter le travail des ergothérapeutes en servant de levier à la fédération de partenaires ou au recrutement des aînés. Afin de refléter adéquatement la qualité du programme, les participantes étaient d'avis que ce matériel devait être présenté de façon professionnelle et uniforme : « C'est un programme de haute qualité donc il faudrait avoir une batterie de promotion qui est à l'image de ça. Ça permettrait aussi de présenter le programme de manière uniforme. » (G1PuB). Bien qu'elles étaient conscientes de l'importante charge de travail associée au développement de matériel promotionnel, les participantes estimaient qu'elles pourraient y contribuer. Par ailleurs, puisque la publication du manuel du programme a été confiée à l'ACE, les participantes étaient d'avis qu'elle serait une partenaire de choix pour travailler à la création de matériel promotionnel.*

**L'obtention d'appuis crédibles** a été deuxièmement rapportée dans la moitié des groupes comme une action à entreprendre pour l'élaboration d'un plan de mise en marché, sans toutefois être largement abordé. Il a d'abord été question d'appuyer la pertinence du programme par des lettres d'intention de la part de partenaires (ex. : résidences privées pour aînés) prêts à s'investir dans l'implantation. Afin de légitimer le rôle des ergothérapeutes en PPS, l'appui d'autorités (ex. : OEQ et ACE), par le biais, par exemple, d'énoncés de position, a ensuite été évoqué.

Troisièmement, la **formulation et la diffusion d'un message clé** ont été soulevées comme des actions importantes du plan de mise en marché. Plus précisément, les échanges ont porté sur le contenu du message à transmettre (fond), ses caractéristiques (forme) et les canaux de communication à privilégier. Afin de répondre aux besoins et aux priorités des partenaires, le contenu du message devrait être simple et transmettre une idée centrale de façon concise. Afin de relever les arguments pertinents en fonction du public, la réflexion amorcée en groupe mériterait cependant de se poursuivre : « Adapter le message par rapport à ce que chacun va vraiment gagner à son niveau : monétaire, désengorgement ou bonne santé. Je pense qu'on a un gros défi : voir quels sont les besoins de tous ces acteurs et de fonder notre argumentaire là-dessus. » (G2Pr). Ensuite, un message crédible axé sur les faits



probants permettrait de dresser un état de situation quant au vieillissement démographique et à ses impacts individuels et sociaux. Ce type d'argument pourrait aussi promouvoir les effets cliniques et, plus particulièrement, économiques du programme : *« L'argument de l'argent a du poids parce que le nombre d'aînés est grand et ils consomment un grand nombre de services. »* (G2Pr). Un message concret, prenant appui sur des critères rationnels, permettrait, quant à lui, de présenter l'avancement de l'implantation en milieu québécois (ex. : nombre d'ergothérapeutes formés jusqu'à maintenant) et d'explicitier la cohérence du programme avec les politiques, les plans d'action, les indicateurs de résultats et les cibles de performance : *« Je n'ai pas regardé les points des agréments, des politiques et des plans d'action ministériels, mais si on peut les regrouper et dire : 'Voilà ! Le programme répond à tous ces points', ce serait vraiment gagnant pour l'implanter. »* (G1PuA). Le caractère concret du message pourrait aussi s'actualiser par l'usage d'arguments conséquentialistes ainsi que le recours à la distinction. D'une part, les arguments conséquentialistes seraient utiles pour souligner les multiples niveaux de retombées du programme ainsi que ses avantages concurrentiels : *« Faire ressortir dans nos propos, que d'offrir le programme pourrait justement représenter un avantage concurrentiel pour les assureurs et les résidences privées. »* (G2Pr). D'autre part, la comparaison du programme avec d'autres existants permettrait de mettre l'accent sur sa valeur ajoutée et ses caractéristiques particulières (ex. : universalité, accompagnement, centration sur les occupations significatives). Selon les participantes, ces arguments apparaissent nécessaires pour convaincre les décideurs de l'implanter : *« Parce que les gestionnaires vont nous poser la question : 'comparativement aux autres programmes, qu'est-ce que ça amène de plus ?' C'est là qu'il va falloir avoir nos arguments, car on va se faire comparer. »* (G2PuB). Enfin, un message émouvant, c'est-à-dire mobilisant les sentiments des décideurs pour faire en sorte qu'ils se sentent concernés, pourrait faire appel à leur responsabilité sociale et à leur pouvoir afin d'améliorer, dès maintenant, la santé des aînés : *« Aux décideurs, c'est de leur dire : 'comment ils veulent la société de demain et comment ils peuvent être des acteurs de changement pour une société de demain en santé ?'. »* (G2PuB). Ce message pourrait également faire appel à l'histoire en rappelant le rôle important des aînés dans la société québécoise : *« On a perdu la notion que les gens vieillissants ont quelque chose, un plus à apporter à notre société québécoise, de leur importance et de leur rôle culturel, de soutien*

*et de tout ce qu'ils peuvent faire.* » (G2PuB). Tout comme pour le matériel promotionnel, les participantes étaient d'avis qu'il importait d'adapter les principales caractéristiques du message à transmettre aux destinataires et d'uniformiser son contenu. Ce message devrait aussi être clair, efficace, accrocheur (ex. : utilisation de statistiques choc), vulgarisé, appuyé par d'autres (ex. : personnes ou organisations influentes) et repensé :

*« Parce que nos gestionnaires ont les mêmes [recommandations] de santé que les aînés et ils sont peut-être eux-mêmes incapables de le faire et tannés d'entendre juste des commandes qu'il faut manger des légumes et faire de l'exercice. Ce qu'on veut, c'est avoir une expérience positive et des activités super agréables qui nous amènent la santé sans que ce soit un devoir. »* (G2PuB)

#### **4.5.4 Quatrième axe — S'occuper de la logistique et du recrutement**

Préalablement au démarrage du programme, le besoin de s'occuper de la logistique et du recrutement des aînés est apparu comme un quatrième axe d'implantation. Trois objectifs à moyen (12-24 mois) ou à long terme (plus de 24 mois) ont été identifiés sous cet axe et ils concernaient : 1) l'obtention des ressources nécessaires à la mise en œuvre du programme, 2) la mise en place d'un soutien logistique et opérationnel et 3) le recrutement et la formation des groupes.

*Objectif 9 — Obtenir les ressources nécessaires à la mise en œuvre du programme*

Un des premiers aspects logistiques de la mise en œuvre du programme Remodeler sa vie® était l'obtention des ressources nécessaires à son implantation. Pour plusieurs participantes, ces ressources portaient sur l'accès au financement, au local et au matériel. Dans le secteur privé, la couverture des services d'ergothérapie par les compagnies d'assurances serait également une des ressources à obtenir. Dans le secteur public, c'était plutôt l'accès aux ressources humaines qui était un objectif critique : *« D'ici quatre ans, [il faudrait] que le CIUSSS libère un ergothérapeute par secteur et à temps complet afin de fournir des services de PPS, incluant le programme Remodeler sa vie. »* (G2PuB).

*Objectif 10 — Mettre en place un soutien logistique et opérationnel*

Un deuxième objectif, abordé par les participantes du secteur public, concernait la mise en place d'un soutien logistique et opérationnel. Les actions à entreprendre en lien avec cet

objectif seraient de **dresser une liste des tâches en équipe et de partager les responsabilités** : « *À plus long terme, partager les tâches et les responsabilités parmi les acteurs clés en vue de l'implantation.* » (G2PuA). Ces tâches incluaient, par exemple, l'organisation des budgets par des gestionnaires, la gestion des aspects administratifs (ex. : préparation de l'horaire des groupes) par des secrétaires et le montage des salles par le personnel responsable des installations matérielles. Puisqu'il impliquait une variété d'acteurs, cet objectif ferait l'objet d'une responsabilité partagée.

#### *Objectif 11 — Recruter et former les groupes*

L'objectif visant le recrutement et la formation des groupes d'ânés a été abordé dans l'ensemble des groupes et a soulevé plusieurs questions. Par ailleurs, puisque cet objectif était perçu comme exigeant aux yeux des participantes, le partage des responsabilités semblait à nouveau s'imposer. Selon le milieu de pratique, le recrutement était envisagé plus ou moins tardivement au cours du processus d'implantation. Par exemple, les participantes du secteur privé ou travaillant dans des organisations de petites tailles visaient un recrutement plus hâtif (ex. : dès 8 mois) que celles du secteur public (ex. : jusqu'à 4 ans). Nonobstant l'aspect temporel du recrutement, une première action à entreprendre serait de **rejoindre les ânés avec l'aide d'un réseau de partenaires**. Bien qu'elles se reconnaissaient une part de responsabilité quant au recrutement des ânés, les participantes considéraient que cette responsabilité gagnerait à être partagée en incluant des ânés qui agiraient à titre d'agents multiplicateurs : « *Si les gens vivent l'expérience [du programme], ils vont en parler plus et le promouvoir.* » (G2PuB). Selon les participantes, les partenaires impliqués dans le recrutement devraient être minimalement formés au programme et à l'identification des ânés potentiels : « *Que tout le monde soit un peu sensibilisé à qui peut être un bon [participant] pour le programme et qu'un peu de formation soit faite auprès de ces partenaires.* » (G2PuB). De plus, afin de rejoindre une majorité d'ânés et de contrer l'absence de demandes de services, les participantes étaient d'avis qu'il fallait **développer différentes voies d'accès au programme et une trajectoire de référencement appropriée** pour chacune de celles-ci. Ces voies d'accès incluaient les GMF, les guichets d'accès aux soins de santé et de services sociaux, les équipes de soins et le milieu communautaire, tel que rapporté par une des ergothérapeutes : « *Aller chercher des gens intéressés par le biais de la FADOQ, de groupes de bénévolat ou de centres communautaires qui interviennent en première ligne*

*pour les demandes d'aide lorsque les aînés sont en perte d'autonomie.* » (G1PuB). En fonction de leurs avantages et de leurs inconvénients, ces voies d'accès étaient perçues comme étant complémentaires. Par exemple, alors que les médecins et les infirmières des GMF représentaient une source importante de référencement, le milieu communautaire apparaissait optimal pour rejoindre une clientèle vulnérable et non utilisatrice de services de santé et sociaux. Des mises en garde ont cependant été formulées quant à l'aspect prescriptif d'éventuelles références des GMF. En effet, bien qu'utile dans le secteur privé pour apporter une légitimité médicale auprès des assureurs, la prescription pourrait aussi affecter négativement la motivation des aînés. Pour les participantes du secteur public, l'apport au recrutement s'actualiserait principalement par une vérification des charges de cas et des listes d'attente. Cette vérification permettrait ainsi de cibler les aînés connus du système et susceptibles de bénéficier du programme : « *Rejoindre une clientèle moins affectée dans un objectif de prévention selon la liste d'attente.* » (G2M). Pour les participantes du secteur privé, une séance simultanée d'information et de recrutement dans les organisations et les milieux de vie pour aînés serait plutôt l'approche à privilégier : « *Aller directement là où sont les aînés pour leur présenter le programme, répondre à leurs questions et créer des liens. De cette façon, on risque d'avoir plus d'inscriptions. Sur le plan marketing, c'est la meilleure approche.* » (G1Pr). Qu'il soit effectué auprès d'une clientèle connue ou non des services, par l'ergothérapeute ou un partenaire, un recrutement efficace serait promu par le contact direct entre l'aîné et l'intervenant : « *S'en faire parler directement par quelqu'un, que ce soit son médecin, son intervenant ou la personne aux loisirs de sa résidence de personnes âgées, est plus favorable que de seulement voir une publicité.* » (G2PuA). Une autre action à entreprendre et qui a soulevé plusieurs questions était **de recruter de bons candidats, selon le profil recherché par le programme** : « *Qu'est-ce qu'on fait pour aller chercher les gens et être certains que ceux qui viennent au groupe sont les bons ?* » (G1PuA). En réponse à ce questionnement, une des actions suggérées était l'emploi de questionnaires permettant l'identification de facteurs de risques (ex. : chute, dépression) ainsi que du degré de prédisposition au changement de l'aîné : « *On pourrait [utiliser] des questionnaires d'indice de facteur de risque [...] ou de 'readiness to change'.* » (G1PuB). Une dernière action relative au recrutement et à la formation des groupes était de **déterminer le degré d'homogénéité recherché dans la composition des groupes**. Mis à part pour le genre, la

formation de groupes plus homogènes (ex. : âge, niveau de fonctionnement) était préconisée par les participantes. Cette homogénéité leur paraissait surtout utile pour faciliter les sorties, assurer des bénéfices du programme pour chacun et soutenir leur sentiment d'appartenance au groupe : « *L'uniformité du groupe est importante dans le programme pour l'identification mutuelle et pour guider les objectifs généraux du groupe.* » (G2PuB). L'éventualité d'un groupe plus hétérogène a été évoquée dans un des groupes : « *Ça peut amener une dynamique super intéressante d'avoir des gens mélangés en termes d'âges et d'expérience de vie dans un groupe, mais ça peut aussi freiner certaines personnes.* » (G2Pr). Quant au genre, ce qui était recherché ne serait pas tant l'hétérogénéité qu'une répartition la plus équitable possible d'hommes et de femmes dans les groupes : « *L'équilibre du groupe [est important], car s'il y a huit femmes et un homme, c'est possible que l'homme arrête de venir.* » (G2PuA). Afin de favoriser la motivation et la création de liens, le nombre total de participants a aussi été évoqué comme un élément important. Un groupe trop peu nombreux (ex. : 3) était ainsi perçu comme pouvant limiter l'implication des aînés.

#### **4.5.5 Cinquième axe — Piloter le programme**

Le pilotage du programme est ressorti comme le cinquième axe du plan d'implantation. Tant pour les participantes du secteur public que privé, l'objectif à atteindre sous cet axe était de réaliser une première expérimentation pilote du programme auprès d'aînés de leur milieu. Puisqu'elle était susceptible de nourrir et de rehausser la robustesse de l'argumentaire auprès de divers acteurs et de démontrer la faisabilité d'implanter le programme, cette expérimentation apparaissait nécessaire. Selon les participantes, il serait ainsi plus facile de 'vendre' le programme auprès d'aînés et d'organisations intéressées. L'objectif de piloter le programme serait sous la responsabilité d'ergothérapeutes formées et, plus spécifiquement, de celles qui seraient volontaires, intéressées et prêtes à donner de leur temps.

#### *Objectif 12 — Offrir une première version du programme*

Offrir une première version du programme à moyen (12-24 mois) ou à long terme (plus de 24 mois) constituerait le réel défi du plan d'implantation : « *C'est dans l'application et dans la façon de faire que les obstacles seront.* » (G2PuA). Une fois le démarrage du programme complété, les participantes étaient d'avis que le gros du travail serait derrière et qu'il

s'ensuivrait une période d'ajustements visant l'amélioration des versions subséquentes du programme : « *Lorsqu'un ergothérapeute aura fait un premier groupe [dans un milieu], ce ne sera pas du tout le même travail de le reprendre. Ce seront plutôt des ajustements.* » (G1Pr). Bien qu'une première expérimentation ne faisait pas partie des objectifs de l'ensemble des participantes, plusieurs situeraient cette étape à la suite du recrutement (axe 4). Ainsi, l'implantation du programme, tout comme le recrutement, surviendrait plus tôt pour les participantes du secteur privé et des organisations de petite taille que pour celles du secteur public. Les actions à entreprendre incluraient d'abord de **piloter le programme dans quelques régions du Québec et avec différents types d'organisations et de partenaires** : « *Un projet pilote dans différents milieux, des résidences privées, des ergothérapeutes de CLSC, un ergothérapeute en privé. Avoir différents milieux, mais tous prendre la même procédure, pour que ça soit plus généralisable.* » (G2Pr). En effectuant une mise en commun des données sur l'efficacité du programme et en ciblant les milieux les plus propices à son déploiement, cette approche multicentrique pourrait crédibiliser la démarche d'implantation. Néanmoins, afin d'assurer l'uniformité et la rigueur, les participantes croyaient que le pilotage du programme devrait être **fidèle au programme original et à petite échelle**, c'est-à-dire auprès d'un nombre limité de milieux (ex. : 4-5) et d'acteurs incluant d'âînés : « *Un nombre restreint d'ergothérapeutes pour des projets pilotes afin d'assurer une cohésion, que tout soit correct, fait de la même façon et que les [résultats] soient plus [robustes].* » (G2Pr). Ensuite, afin de soutenir l'implantation auprès d'une première cohorte d'âînés, une troisième action serait de piloter le programme **en collaboration avec le milieu universitaire**. Ces collaborations viseraient, d'une part, des stagiaires en ergothérapie et, d'autre part, des cliniques universitaires : « *Des ergothérapeutes travaillant en clinique universitaire pourraient offrir le Remodeler sa vie® comme programme prioritaire. Pas seulement pour l'apprentissage des étudiants, mais pour faire connaître le programme et mettre en valeur la PPS.* » (G1PuA). Une implantation en clinique universitaire pourrait aussi servir de terrain de recherche, notamment afin de démontrer les effets du programme.

#### 4.5.6 Sixième axe — *Évaluer le programme et poursuivre la recherche*

Le dernier axe d'implantation avait trait à l'évaluation du programme et à la poursuite de la recherche. Cet axe apparaissait essentiel afin de démontrer les effets du programme et d'obtenir les premiers résultats probants en contexte québécois : « *Je crois qu'il faut supporter l'implantation par un projet de recherche [...] afin d'établir nos premières [résultats] probantes au Québec.* » (G2M). En raison, tel que mentionné, du faible sentiment d'auto-efficacité de plusieurs participantes pour évaluer les retombées du programme, les objectifs liés à l'axe évaluatif étaient principalement sous la responsabilité d'équipes de recherche.

##### *Objectif 13 — Élaborer un plan de recherche*

Un premier objectif de l'axe évaluatif concernait l'élaboration d'un plan de recherche. Pour y parvenir, une des actions à entreprendre serait de **déterminer des méthodes, des concepts, des dimensions ainsi que des outils et indicateurs de mesure cohérents**. En plus de fournir de l'information sur les effets du programme et son processus d'implantation, ces aspects évaluatifs pourraient aussi soutenir l'évaluation des besoins, des défis et des objectifs occupationnels des aînés. Par exemple, l'utilisation d'outils reconnus, comme la Mesure canadienne du rendement occupationnel (Law *et al.*, 1990), pourrait à la fois répondre aux impératifs de la recherche et de la pratique clinique. Sans avoir arrêté un choix définitif, les participantes ont aussi mentionné des outils comme le Plan d'engagement personnel (Clark *et al.*, 2015), l'Inventaire de l'équilibre de vie (Larivière et Levasseur 2016) et l'Outil d'évaluation multIClientèle (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1994). Afin de guider leur choix et d'assurer leur pertinence, les participantes mentionnaient que les indicateurs devraient être : 1) simples, 2) fiables, 3) arrimés aux objectifs du milieu d'implantation, 4) mettant en valeur la contribution spécifique de l'ergothérapie et 5) axés sur la participation sociale, la qualité de vie, l'accès aux services et la rentabilité du programme.

##### *Objectif 14 — Quantifier et démontrer les effets du programme*

Un deuxième objectif rattaché à l'axe évaluatif du plan d'implantation visait à quantifier et à démontrer les effets du programme. Encore une fois, cet objectif reviendrait davantage aux équipes de recherche, mais, en tant que premières personnes susceptibles d'implanter le programme, certaines participantes soulevaient des questionnements quant à leur

responsabilité de **contribuer à la recherche** : « *Est-ce qu'on a une responsabilité sous-jacente en tant que [premières ergothérapeutes-cliniciennes québécoises formées au programme] ? On n'est pas des chercheurs, mais comment peut-on participer sans nous surcharger ?* » (G1Pr). Par ailleurs, en raison de son potentiel à **préciser les mécanismes médiateurs et les éléments clés** du programme en milieu communautaire québécois, l'objectif de documentation des effets revêtirait une importance particulière : « *[Il importe de développer] un protocole de recherche pour obtenir ces données et voir ce qui fonctionne ou non ici au Québec.* » (G2Pr). Selon les participantes, un cumul de preuves **démontrant l'efficacité du programme** serait susceptible d'influencer les décisions, l'organisation des services, ainsi que la pérennité du programme dans l'offre de soins en santé et services sociaux : « *Si les gestionnaires voient qu'il se dégage un effet positif de ce programme, c'est quelque chose qu'ils vont garder.* » (G2PuA).

#### *Objectif 15 — Poursuivre la recherche*

Le troisième objectif concernait la poursuite de la recherche et il a été peu discuté dans les groupes. Cet objectif comportait des actions ayant trait à l'**évaluation de nouvelles versions du programme**, notamment d'une durée réduite : « *[Il serait important de mener] une étude pour valider jusqu'où on peut écourter le programme sans en perdre les résultats positifs.* » (G1PuB).



## CHAPITRE 5

### DISCUSSION

Ce chapitre présente une discussion en trois volets. Les principaux résultats de l'étude sont d'abord mis en lumière en les contrastant au regard des écrits scientifiques pertinents. Les forces et les limites de l'étude sont ensuite présentées. Pour terminer, les retombées pour la pratique, incluant des recommandations pour la recherche, sont proposées.

#### 5.1 Discussion sur les résultats

Le but de cette étude était de préparer l'implantation du programme Remodeler sa vie® auprès d'âînés en milieu communautaire québécois. Relevant des principaux enjeux associés aux objectifs de l'étude, la présente section se divise en deux parties, soit : 1) l'examen de la formation traduite du programme et 2) l'exploration de la préimplantation du programme, incluant l'identification de facteurs d'influence et d'actions à entreprendre. Ces résultats sont expliqués et ensuite contrastés au regard des écrits scientifiques.

##### *5.1.1 Examen de la formation du programme Remodeler sa vie®*

Ce premier volet de la discussion porte sur l'examen de la formation du programme Remodeler sa vie® (objectif 1). Puisque les principaux enjeux concernaient la qualité du design pédagogique de la formation (objectif 1b), ceux-ci sont mis en lumière et discutés au regard des écrits scientifiques dans le domaine de l'enseignement supérieur.

##### *5.1.1.1 Qualité du design pédagogique de la formation*

Dans un premier temps, et similairement aux résultats de Piché *et al.* (2019), la présente étude permet de confirmer l'utilité et la pertinence d'une activité de formation et, plus précisément, de son dispositif d'enseignement en présentiel. En plus d'avoir été jugé nécessaire par les ergothérapeutes et les finissantes en ergothérapie ayant pris part à l'étude, le mode d'enseignement en présentiel rejoignait unanimement leurs préférences. Ces résultats sont similaires à ceux d'autres études dans le domaine de l'enseignement médical continu (Bower *et al.*, 2008 ; Lindsay *et al.*, 2017), dont ceux de Ayton *et al.* (2017) affirmant qu'une formation en présentiel était un élément clé à la réussite de l'implantation d'un programme préventif. De plus, bien que l'efficacité des formules en présentiel et en ligne serait comparable (Maisonneuve et Chabot, 2009), certaines pistes d'amélioration de la

formation, telles que suggérées par les participantes, seraient possiblement mieux prises en compte par une formule en présentiel, offrant une interaction directe et spontanée entre les apprenants et le formateur. Par exemple, puisque les participantes étaient sensibles à la dimension sociale de la formation et qu'elles souhaitaient laisser davantage de place aux échanges, au partage d'expériences et aux interactions, une formule en présentiel était mieux adaptée. En effet, bien qu'elle puisse être incorporée aux formations en ligne, la dimension sociale est souvent lacunaire en raison des défis liés à la communication et aux interactions sociales (Metzger, 2005). Par exemple, les résultats de Guan *et al.* (2008) indiquaient que le manque de liens sociaux préalables freinait la participation des médecins aux activités d'échanges et de discussion de la formation en ligne. Pour leur part, Sargeant et ses collaborateurs (2000) mentionnaient que, lors de leur formation en ligne, les médecins interagissaient davantage avec le formateur qu'avec les pairs. Toujours relativement au dispositif en ligne, les présents résultats rejoignent la perspective de Charlier *et al.* (2003) quant à son utilité comme moyen d'autoformation ou de communication à distance. En effet, les participantes ont surtout promu les présentations narrées en ligne comme des outils de préparation à la formation et de rappel et de soutien à la mise en œuvre du programme. Par ailleurs, même si la formation en ligne comportait certains avantages (ex. : respect du rythme de l'apprenant) cohérents avec ceux identifiés dans la littérature (Young *et al.*, 2011), ses inconvénients (ex. : savoirs décontextualisés) risquaient de limiter l'acquisition des connaissances. Selon Herrington et Oliver (2000), un apprentissage décontextualisé, où les informations sont enregistrées comme des faits plutôt que des outils, risque de rendre les connaissances inertes et inutilisables pour résoudre des problèmes réels. Par ailleurs, malgré le caractère flexible et attractif des formations en ligne, Reeves et Reeves (2008) constataient que les apprenants s'en lassaient rapidement. En fonction de ces constats, et dans la foulée de la transformation des dispositifs de formation traditionnels vers des dispositifs hybrides (Charlier *et al.*, 2005), les résultats de la présente étude soutiennent l'utilisation d'une approche en présentiel bonifiée d'une composante en ligne. Ces résultats ne sont pas surprenants dans la mesure où, tel que documenté par Reeves et Reeves (2008), la majorité (80 %) des gens privilégieraient des formations incluant une composante en ligne. Dans le cadre de la formation du programme Remodeler sa vie®, l'utilisation d'un dispositif hybride pourrait s'actualiser à l'aide d'une approche de classe inversée où la théorie serait vue à

l'extérieur du cours (Bergmann *et al.*). Puisqu'un visionnement préalable des présentations narrées en ligne permettrait de réduire le temps consacré aux exposés magistraux et d'augmenter celui réservé à la discussion et à l'expérimentation, une approche de classe inversée pourrait mieux répondre aux besoins et aux préférences des futurs utilisateurs de connaissances.

Dans un deuxième temps, les commentaires des participantes quant au caractère trop magistral des activités de formation amènent à considérer un enseignement moins instructiviste et davantage axé sur un paradigme socioconstructiviste (Endrizzi, 2011 ; Ménard et St-Pierre, 2014). En effet, puisqu'il préconise l'expérience et qu'il positionne l'apprenant comme un constructeur actif et responsable de ses apprentissages (Scallon, 2004), ce paradigme rejoindrait davantage le désir des participantes de s'engager activement dans des activités d'apprentissage plus complexes et authentiques.

Enfin, la demande des participantes quant à une formation davantage complète (ex. contenu sur la mise en œuvre) et 'clé-en-main' (ex. : listes de références québécoises) rejoint le constat de plusieurs auteurs, dont celui de Grandes *et al.* (2008) quant à l'importance de former les professionnels sur le processus d'implantation. La préoccupation d'une formation 'clé-en main' converge quant à elle avec les résultats d'Heiwe *et al.* (2011) et de Baker *et al.* (2005) concernant la nécessité de faciliter, pour les cliniciens, l'accès et l'interprétation des évidences scientifiques. En effet, Baker *et al.* (2005) suggèrent que le fait d'offrir une formation où les évidences sont déjà synthétisées et où le matériel est facilement accessible pourrait encourager l'adoption d'une pratique fondée sur des résultats probants, et ce, tout en évitant d'entraver la productivité clinique. Enfin, puisque l'adoption d'une pratique fondée sur les résultats probants fait écho aux principales valeurs portées par les ergothérapeutes québécois en matière de professionnalisme (Drolet et Désormeaux-Moreau, 2016), la bonification de la formation serait appuyée de façon scientifique et axiologique.

### ***5.1.2 Identification des facteurs d'influence et des actions à entreprendre***

Ce deuxième volet de la discussion correspond au deuxième objectif de l'étude, soit l'exploration de la préimplantation du programme Remodeler sa vie®, incluant l'identification des facteurs d'influence et des actions à entreprendre en vue de sa mise en œuvre en milieu communautaire québécois. Puisqu'il existe un large éventail de facteurs

susceptibles d'influencer, à divers degrés, le processus d'implantation, la discussion se centre sur deux grandes préoccupations liées aux objectifs de recherche, soit : 1) les principaux obstacles à l'implantation du programme et 2) les facteurs dont l'influence se distingue entre les milieux de pratique.

#### 5.1.2.1 Principaux obstacles l'implantation du programme

Bien que le programme Remodeler sa vie® était perçu comme une opportunité de répondre aux besoins complexes et grandissants des aînés, son implantation comporterait d'importants obstacles. Les principaux obstacles touchaient les acteurs directement impliqués dans l'implantation (aînés et futurs utilisateurs de connaissances) ou les facteurs identifiés comme des conditions essentielles à la réussite de l'implantation. Plus spécifiquement, ces facteurs concernaient : 1) la complexité du programme, 2) la prédisposition organisationnelle à l'implantation et 3) les caractéristiques des principaux acteurs impliqués.

Premièrement, la **complexité du programme**, incluant sa durée et son intensité, son coût ainsi que sa phase de planification, sont des obstacles qui ne seraient pas uniques à la phase de préimplantation. En effet, Sopcak *et al.* (2016) ont relevé ces mêmes enjeux à la suite de l'implantation de la deuxième version du programme *Building on Existing Tools to Improve Chronic Disease Prevention and Screening in Primary Care* (BETTER 2) visant la prévention des maladies chroniques. Plus spécifiquement quant à la durée et à l'intensité du programme, et afin de lui permettre de produire les effets désirés, Glasgow et Emmons (2007) recommandaient la détermination d'un seuil minimal d'intensité. Dans le cas des programmes agissant sur la participation sociale des aînés, une durée minimale de six mois est recommandée afin de permettre le développement d'un sentiment d'appartenance et de relations signifiantes (Raymond *et al.*, 2015). Un programme de six mois correspond également à la durée préconisée par les ergothérapeutes et les finissantes ayant pris part à la présente étude. Par ailleurs, le changement d'habitudes est reconnu comme un long processus exigeant la répétition d'un comportement dans des contextes similaires (Clark, 2000 ; Nielsen *et al.*, 2019). Selon Lally *et al.* (2010), la formation de nouvelles habitudes, pour des tâches simples (ex. : boire une bouteille d'eau par jour) et chez des personnes désireuses de changer, pourrait prendre jusqu'à 254 jours. Cette étude relatait également que la moitié des 96 participants n'était pas parvenue à pratiquer suffisamment le comportement qu'ils avaient choisi pour l'élever au rang d'habitudes. Ces résultats soutiennent l'idée que le changement

d'habitudes, et plus particulièrement l'adoption de comportements complexes (ex. : engagement dans des occupations saines, significantes et diversifiées), exige un accompagnement continu et de longue durée.

Toujours concernant la durée et l'intensité du programme, et plus particulièrement dans le cas du *Lifestyle Redesign*®, les résultats actuels ne permettent pas de statuer sur l'efficacité d'un programme de moins de six mois auprès d'une clientèle aînée. Bien que deux études (Cassidy *et al.*, 2017 ; Schepens Niemiec *et al.*, 2018) appuyaient la faisabilité d'un programme plus court (3-4 mois), Schepens Niemiec *et al.* (2018) indiquaient qu'une durée de 16 semaines était insuffisante aux yeux des participants et des intervenants afin d'approfondir le contenu du programme et d'observer le plein potentiel de ses effets sur la santé et le bien-être. Appuyant également une durée plus longue du programme, les rapports de Peckham *et al.* (2019) et de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Archambault *et al.*, 2019) précisaient que plus une intervention était longue (plusieurs mois), plus ses avantages étaient grands. Selon Archambault *et al.* (2019), une durée plus longue favoriserait également la continuité relationnelle dans les soins, un indicateur de la qualité des soins qui se calcule en termes de durée de suivi avec un intervenant en particulier. Enfin, Niclasen *et al.* (2019) et Levasseur *et al.* (2019) estimaient qu'une durée d'intervention plus longue était nécessaire pour les programmes visant des aînés autonomes.

Tout comme pour la durée et l'intensité, la présente étude indique qu'un coût élevé est l'un des principaux obstacles à l'implantation du programme Remodeler sa vie®. Ces résultats sont cohérents avec ceux de Sopcak *et al.* (2016) qui indiquaient que même pour un programme financé par la recherche, le coût demeurerait un obstacle important. Glasgow et Emmons (2007) abondaient aussi en ce sens en rapportant que le coût élevé des programmes figurait parmi les principales barrières au transfert des résultats de recherche vers la pratique. La préoccupation des participantes quant à la nécessité de mettre en place des stratégies d'optimisation des ressources et de réduction des coûts était aussi partagée par Schepens Niemiec *et al.* (2018) qui, en réponse à cette préoccupation, ont étudié une version du programme encadrée, plutôt qu'animée, par un ergothérapeute. Concrètement, cette version impliquait une collaboration entre un 'ergothérapeute-conseil' et un travailleur de milieu. Bien que les résultats de cette étude aient montré une collaboration efficace entre ces acteurs, une attention particulière devait être portée aux rencontres de supervisions afin qu'elles ne

soient pas écourtées ou annulées en raison de priorités concurrentes (Schepens Niemiec *et al.*, 2018). Ces priorités concurrentes étaient aussi décrites par Baker *et al.* (2005) et Payan *et al.* (2017) comme des obstacles à l'implantation. Tel que rapporté dans un volet complémentaire de la présente étude, réalisé auprès de décideurs (Lévesque *et al.*, 2019b), la perspective d'une animation partagée et multidisciplinaire apparaissait attrayante afin de répartir la charge de travail associée au programme. Similairement aux résultats de Turcotte *et al.* (2015) et de Pyatak *et al.* (2019), cette perspective serait toutefois modulée par une conception étroite du rôle des ergothérapeutes (ex. : adaptation du domicile) ainsi qu'une méconnaissance de leur contribution potentielle en première ligne et en matière de PPS. Selon Donnelly *et al.* (2019), et comparativement à celles d'autres professionnels de la santé, les interventions des ergothérapeutes en soins primaires portaient davantage auprès d'aînés et de clients en plus grande situation de vulnérabilité (ex. : plus âgés, moins de revenus). Ces résultats montraient également que la majorité des clients vus en ergothérapie n'avait pas consulté à l'urgence ou été hospitalisée dans l'année suivant l'intervention. Puisqu'ils démontrent la contribution spécifique des ergothérapeutes et l'efficacité de leurs interventions auprès d'une clientèle âgée, ces résultats, tout comme ceux de Clark *et al.* (1997), convergent vers une animation ergothérapique du programme qui allierait l'expertise complémentaire de conférencier-invités. De fait, bien qu'il existe une diversité de modèle d'animation avec ou par d'autres professionnels ou pairs-aînés (ex. : Vivre en équilibre ; Filiatrault *et al.*, 2019), les résultats d'études (Bird *et al.*, 2019 ; Lood *et al.*, 2015) suggèrent que les programmes de PPS devraient être animés par des professionnels, et ce, afin d'en assurer leur efficacité. Quant à un modèle impliquant un 'ergothérapeute-conseil', il serait judicieux, dans un premier temps, de mieux comprendre les éléments clés du programme ainsi que ses mécanismes médiateurs de changement. Une meilleure compréhension de ces éléments permettrait, dans un deuxième temps, de mieux guider l'assignation des tâches cliniques et non cliniques au personnel non-ergothérapeute. Au regard de la continuité relationnelle des soins (Archambault *et al.*, 2019), une animation par un même intervenant devrait par ailleurs être privilégiée. Selon certains auteurs (Bird *et al.*, 2019 ; Levasseur *et al.*, 2019), cette continuité favoriserait également l'établissement d'un lien de confiance avec le thérapeute et un sentiment de cohésion entre les membres du groupe. De plus, une approche d'animation par un même intervenant pourrait diminuer la complexité clinique liée

à une animation offerte en alternance entre différents acteurs (ex. : organisation et suivi des groupes).

Enfin, la complexité de la phase de planification ne serait pas un obstacle unique à la présente étude, notamment puisqu'elle est documentée autant dans des études théoriques (Meyers *et al.*, 2012) qu'empiriques (Sopcak *et al.*, 2016). Par exemple, à la suite d'une synthèse de 25 modèles généraux d'implantation, Meyers *et al.* (2012) ont fait état de 14 étapes critiques d'implantation qui étaient hautement cohérentes avec celles de la présente étude. Parmi ces étapes, une majorité (10/14; 71,4%) concernaient la phase de préimplantation et seules les étapes de 'création d'une équipe d'implantation' et de 'mise en place de mécanismes de rétroaction' différaient du présent plan d'implantation. Similairement aux présents résultats, ceux de Meyers *et al.* (2012) suggéraient que ces 14 étapes s'inscrivaient logiquement dans une séquence temporelle afin d'assurer la qualité de l'implantation et d'éviter les échecs possibles. Bien que la complexité de la phase de planification pourrait décourager certains efforts d'implantation, Meyers *et al.* (2012) rappelaient l'importance de la collaboration et de la communication entre les parties prenantes (investisseurs, cliniciens, dirigeants, chercheurs). Plus spécifiquement pour l'implantation de programmes visant la santé et la participation sociale d'aînés, des études internationales, incluant la participation du Québec, sont en cours afin de déterminer les étapes requises à leur implantation en milieu communautaire (Wodchis *et al.*, 2018). Puisqu'ils seront susceptibles de guider l'implantation et la mise à l'échelle de programmes tels que le Remodeler sa vie®, ces résultats seront suivis avec intérêt pour les phases de recherche subséquentes.

Deuxièmement, toujours en lien avec les facteurs d'influence à l'implantation du programme Remodeler sa vie®, la présente étude a permis d'identifier la **prédisposition organisationnelle** comme un des principaux obstacles à la mise en œuvre du programme. Par ailleurs, les présents résultats révèlent que cette prédisposition est caractérisée par un engagement limité des décideurs envers l'implantation et le manque de ressources humaines et financières. Ces résultats sont cohérents avec les connaissances actuelles en sciences de l'implantation indiquant que les facteurs organisationnels, incluant l'engagement des décideurs et l'accès aux ressources, sont les obstacles les plus fréquemment rapportés par les ergothérapeutes (Pellerin *et al.*, 2019). Une stratégie d'implantation efficace devrait ainsi

inclure des actions visant à influencer l'environnement organisationnel. Tel que rapporté par les participantes, l'appui et l'implication de l'ensemble des paliers de décideurs (incluant le MSSS) est une condition essentielle à la réussite de l'implantation. Considérant que ces résultats sont largement confirmés dans les écrits scientifiques (Baker *et al.*, 2005 ; Eriksson *et al.*, 2019 ; Nielsen *et al.*, 2019 ; Pellerin *et al.*, 2019 ; Pyatak *et al.*, 2019 ; Weiner, 2009), la véritable question semble plutôt de déterminer les cibles d'intervention les plus efficaces afin de favoriser l'implication de ces décideurs dans la mise en œuvre du programme. À ce sujet, et au regard de la théorie du comportement planifié (TCP ; Ajzen, 1991) et des présents résultats, les cibles d'intervention devraient porter sur : 1) le développement d'une attitude favorable, 2) la perception d'une pression sociale ou 3) la perception d'un plus grand contrôle. Puisque le principal frein des décideurs, tel que rapporté par les participantes, pourrait découler d'un manque de contrôle des ressources internes (ex. : méconnaissance du programme) et externes (ex. : cibles de performance imposées), des interventions visant à limiter ces contraintes (ex. : diffusion d'information au sujet du programme, implantation de nouveaux indicateurs de résultats) s'avéreraient pertinentes. Les résultats de Pyatak (2019) soulignent d'ailleurs qu'une meilleure connaissance du programme *Lifestyle Redesign*® (ex. acquise au fil de l'implantation) a contribué à renforcer son acceptabilité auprès de professionnels de la santé. Puisque les résultats de la présente étude indiquent des tendances sociales favorables quant aux saines habitudes de vie, il serait avantageux de miser sur ces tendances en soulignant, par exemple, l'adoption et l'approbation du programme par d'autres individus, organismes ou instances (ex. : aînés, OEQ, autres CISSS). Le succès des premières implantations en contexte québécois pourrait ainsi être déterminant. D'ici à ce que ces premières expérimentations aient lieu, et tel que suggéré par la présente étude et celle de Baker *et al.* (2005), une intervention sur les normes sociales serait également opportune. En misant, par exemple, sur les témoignages de personnes crédibles, respectées et influentes (ex. : équipe de recherche), cette stratégie pourrait être la plus rapidement réalisable.

Toujours en ce qui a trait à la prédisposition organisationnelle, le manque de ressources humaines et financières constitue l'un des principaux défis d'implantation du programme Remodeler sa vie®. Ces résultats sont similaires à d'autres études (Ayton *et al.*, 2017 ; Dykeman *et al.*, 2018 ; Grandes *et al.*, 2008 ; Koh *et al.*, 2008 ; McCluskey *et al.*, 2013 ; Payán *et al.*, 2017 ; Pyatak *et al.*, 2019 ; Smith *et al.*, 2012), dont celle de Piché *et al.*



(2019) qui décrivait la disponibilité et la pérennité des ressources humaines et financières comme étant parmi les principaux obstacles perçus à l'implantation du programme d'Accompagnement personnalisé d'intégration communautaire (APIC). Tel que rapporté par les participantes de la présente étude, les défis d'accès aux ressources se présenteraient différemment selon les milieux (ex. : absence d'ergothérapeutes affiliés dans certains milieux versus présence d'ergothérapeutes surchargés dans d'autres). Ces différences appellent ainsi à la mise en place de solutions personnalisées impliquant une démarche concertée avec l'ensemble des parties prenantes. Dans ce contexte, les pistes de solutions mises de l'avant par les participantes (ex. : rattacher des ergothérapeutes aux Directions de santé publique, dédier des ergothérapeutes à la prévention) pourraient servir de point de départ à la discussion.

Troisièmement, **les caractéristiques des aînés et des ergothérapeutes** sont aussi, à certains égards, susceptibles d'entraver une éventuelle implantation du programme. Par exemple, afin de rehausser la fidélité de l'intervention, la capacité et le désir des aînés à s'investir dans une démarche de changement d'habitudes doivent être confirmés, et ce, de façon personnalisée. En effet, des aînés ne percevant pas la pertinence du programme pourraient avoir un engagement moindre et ne pas recevoir le contenu ou la fréquence d'intervention nécessaires à la production d'effets (Carroll *et al.*, 2007). Par ailleurs, l'incertitude actuellement perçue par les participantes quant au désir des aînés à s'investir dans le programme pourrait s'expliquer par une attitude d'autoâgisme et par un degré variable de prise en charge de leur santé. Une faible prise en charge a d'ailleurs été relevée dans d'autres études (van de Sant *et al.*, 2019 ; Wallenbert et Jonsson, 2005 ; Yang *et al.*, 2019). Par exemple, lors d'une étude menée auprès de personnes cérébrolésées appelées à modifier leurs habitudes de vie (Wallenbert et Jonsson, 2005), malgré une possibilité d'amélioration de leur fonctionnement, les participants se plaçaient en position d'attente (ex. : d'aller mieux, d'une autre solution ou d'un effet du traitement) plutôt que de se mettre en action. Similairement à la présente étude, les résultats de Chatters *et al.* (2017) indiquaient qu'à long terme, les bénéfices d'un programme similaire au Remodeler sa vie® étaient plus importants chez les aînés ayant été confrontés à des transitions de vie (ex. retraite, maladie, deuil, perte du permis de conduire) et nécessitant de s'adapter à de nouvelles circonstances.

Puisque la motivation est rapportée par les participantes de la présente étude et dans la littérature (Yang *et al.*, 2019) comme un élément central à la mise en action des aînés et à la réussite de l'implantation, les ergothérapeutes devraient aussi s'y attarder. Dans un premier temps, et tel que mentionné par les participantes, des aînés volontaires et intéressés pourraient être ciblés pour prendre part au programme. Dans un deuxième temps, il importe de rejoindre les clientèles en situation de vulnérabilité, celles pour qui le programme était destiné (Jackson *et al.*, 2000). Pour ce faire, des stratégies d'activation comportementale [ex. : période d'essai (McNamara et Straathof, 2017), ajustement du programme aux capacités des aînés (Niclasen *et al.*, 2019)] pourraient être mises de l'avant. Puisqu'elles contribuent à surmonter l'évitement, ces stratégies s'avéreraient pertinentes pour rejoindre des clientèles plus vulnérables qui, souvent, s'abstiennent de demander des services et, qui plus est, présentent un risque accru de morbidité et de mortalité précoce (Duplain et Mauger, 2018). L'utilisation de stratégies d'activation comportementale s'inscrit, par ailleurs, de façon cohérente avec le souhait des participantes d'éviter le recours à une approche prescriptive du programme. De plus, puisque ces stratégies font appel à une expertise particulière, il importe de considérer, à nouveau, une prestation du programme par des ergothérapeutes. Conformément à Billette *et al.* (2018), Dykeman *et al.* (2018) et à Niclasen *et al.* (2019), et tel que le soulignent les présents résultats, il importe de prendre en compte la diversité des parcours de vieillissement et d'offrir des occasions équitables de participation au programme, incluant pour les aînés qui seraient moins en mesure (ex. : en raison d'incapacités ou de contraintes financières) ou désireux de le faire. Dans cette optique, il pourrait être avantageux de répartir les aînés en cohortes afin d'obtenir, tel que rapporté par les participantes, des groupes plus homogènes avec une ressemblance dans les intérêts et les histoires de vie.

Chez les ergothérapeutes, la perception d'une implantation réalisable, mais au prix d'efforts considérables ressort comme le principal obstacle à une éventuelle mise en œuvre du programme Remodeler sa vie. Considérant qu'une large part du plan d'implantation repose sur les épaules de ces professionnels, ces résultats ne sont pas surprenants. Puisque les ergothérapeutes du secteur public évoluent, tel que rapporté, dans un contexte de travail exigeant, une charge additionnelle pourrait rendre l'adoption d'innovations plus ardue. Ce constat est d'ailleurs similaire à celui de Piché *et al.* (2019) lors d'une étude sur la

préimplantation de l'APIC auprès de partenaires du milieu communautaire. Dans le même ordre d'idées, Turcotte *et al.* (2015) mentionnaient aussi la présence d'un contexte de pratique sous-optimale à l'intégration d'interventions préventives dans les services d'ergothérapie de première ligne. En fonction de ces résultats, il importe, tel que souligné par divers auteurs (Weiner, 2009 ; Grandes *et al.*, 2008) et par les participantes de la présente étude, de préconiser une action collective où chacun contribuera à l'effort d'implantation. L'entraide entre les ergothérapeutes de différents milieux d'implantation ainsi que la fédération de partenaires serait ainsi des conditions essentielles afin de surmonter, tel que rapporté, le faible partage des coûts du changement. Plus spécifiquement, les résultats de la présente étude montrent que le partage des tâches entre les différents partenaires concerne principalement les opérations de relations publiques, de mise en marché, de soutien logistique et d'évaluation du programme.

Enfin, le faible sentiment d'auto-efficacité, tel que rapporté par les participantes de la présente étude pour les compétences transversales, notamment celle d'*advocacy* systémique, se retrouve aussi dans la littérature (Sullivan et Main, 2007 ; Drolet et Hudon, 2014). Selon Drolet et Hudon (2014), le manque de compétences des ergothérapeutes en matière d'*advocacy*, notamment publique et médiatique, ne devrait cependant pas les soustraire à leur devoir de revendiquer pour la mise en place de nouvelles initiatives (ex. : de PPS) et pour une distribution plus juste des soins de santé. Similairement à Drolet et Hudon (2014), les participantes de la présente étude mentionnaient que ce rôle d'agent de changement (d'*advocate*) devrait s'effectuer en partenariat avec, ou par des aînés.

#### 5.1.2.2 Contrastes existants entre les milieux d'implantation

Les présents résultats révèlent d'importantes différences entre les milieux de pratique publics et privés. Positionnées à l'avantage des milieux privés, ces différences concernent la culturelle organisationnelle, l'intention de changement des ergothérapeutes, le climat d'implantation, le modèle d'implantation à privilégier (ascendant ou descendant) ainsi que l'engagement des décideurs (Tableau 12). Premièrement, alors qu'elle est axée sur l'entrepreneuriat et l'innovation dans les milieux privés, la culture organisationnelle du réseau public serait davantage normative et administrative (Tableau 12). Dans leur étude, Drolet *et al.*, 2018 confirment également cette distinction organisationnelle en indiquant que la grande liberté d'action, notamment en termes d'intervention et d'innovation, était la

principale raison motivant le choix de la pratique privée d'ergothérapeutes québécois. Dans la présente étude, c'est d'ailleurs cette indépendance dans les décisions cliniques qui a été rapportée comme étant favorable à une éventuelle implantation du programme en milieu privé. Inversement, les participantes de la présente étude déploraient la lourdeur administrative du réseau public, un élément aussi rapporté par Drolet *et al.* (2018).

Dans la pratique privée, et tel que rapporté par les participantes de la présente étude, une intention de changement plus précise et affirmée (Tableau 12) pourrait s'expliquer par certaines similitudes entre le processus d'implantation d'une innovation et la gestion d'une entreprise. Selon cette hypothèse, les ergothérapeutes du secteur privé mettraient davantage à profit certaines habiletés (ex. : recherche de financement, recrutement), ce qui les préparerait peut-être mieux à une éventuelle implantation. Enfin, puisqu'il était caractérisé par des demandes de services nombreuses impliquant une gestion des priorités et de longs délais d'attente, notamment pour la clientèle faiblement à risque, le climat d'implantation du secteur public risquait, comparativement à celui du secteur privé, de faire obstacle à la mise en œuvre du programme Remodeler sa vie® (Tableau 12). Ce climat, combiné à un modèle de gestion descendant, plutôt qu'ascendant pour le secteur privé, faisait en sorte qu'une implantation au privé apparaissait plus facilement et plus rapidement réalisable qu'au public. Enfin, puisque les préoccupations des participantes rejoignent celles du Protecteur du citoyen au regard des listes d'attentes en réadaptation, de l'équité dans la prise en charge des demandes (Le protecteur du citoyen, 2007) et de l'accès aux services pour les personnes ayant un profil de besoins plus léger (Le protecteur du citoyen, 2018), elles pourraient trouver une meilleure écoute auprès de décideurs politiques, lesquels étant déjà sensibilisés à ces enjeux.

## 5.2 Forces et limites

Ce deuxième volet de la discussion étaye les forces et les limites de la présente recherche. À notre connaissance, il s'agit de la première étude sur les facteurs d'influence à l'implantation du programme Remodeler sa vie® auprès d'aînés en milieu communautaire québécois. Ainsi, il s'agit d'un important point de départ à son intégration à la pratique. Ces résultats (obtenus au Québec) s'ajoutent à ceux de Pyatak *et al.* (2019) et ils contribuent au développement d'un corpus de connaissances permettant de mieux comprendre pourquoi une

innovation fonctionne ou non en contexte réel. En plus de guider l'action lors de la phase d'implantation, une meilleure compréhension des facteurs d'influence pourrait optimiser les bénéfices du programme, sa pérennité et sa généralisation à d'autres contextes de pratique. De plus, le positionnement de la présente étude en phase de préimplantation constitue une valeur ajoutée comparativement à la plupart des études qui documentent les facilitateurs et les obstacles à la suite de l'implantation. Tel que recommandé par Pyatak *et al.* (2019), un positionnement en amont de l'implantation permet une évaluation continue des facteurs d'influence. Ce positionnement est également important pour comprendre le contexte d'implantation (Robins *et al.*, 2013), anticiper les obstacles potentiels (Glasgow et Emmons, 2007) et déterminer les cibles d'intervention (Valois *et al.*, 2019), et ce, afin de maximiser les chances d'une implantation réussie.

Le devis participatif, impliquant systématiquement les utilisateurs des connaissances, représente également une force de l'étude. En s'inscrivant dans un processus de co-construction des savoirs, ce devis est reconnu pour mener à des connaissances plus facilement transférables, pertinentes et applicables dans la pratique (Camden et Poncet, 2014). En effet, l'engagement proactif des ergothérapeutes et des finissantes en ergothérapie a permis d'améliorer la formation du programme Remodeler sa vie® et de co-construire de nouvelles connaissances sur les facteurs d'influence et les actions requises à son implantation. À plus long terme, cet engagement des participants, fondé sur la motivation plutôt que sur l'obligation, pourrait également favoriser l'intégration du programme en milieu clinique (Weiner, 2009). Un tel changement de pratique permettrait ainsi de réduire l'écart entre les connaissances disponibles et leur utilisation et, ultimement, les iniquités de santé. La nature participative de l'étude a également contribué à l'établissement d'un réseau de contacts qui agira comme trame de soutien lors d'une implantation future. D'ici là, la coopération et la volonté d'action collective développées entre les participants dans le cadre de la présente recherche contribueront à l'actualisation de certains axes d'implantation (ex. : développer et partager l'expertise).

La rigueur scientifique de l'étude s'appuie sur une variété de stratégies méthodologiques reconnues (Lincoln et Guba, 1985) permettant de rehausser la probabilité de tirer des conclusions valables. Afin d'assurer la crédibilité, tel que recommandé par Bourgeois (2016), une synthèse des idées a été validée à la fin de chaque groupe par les

participants. Le co-codage ainsi que la participation systématique de l'étudiante-chercheure, assistée de sa directrice lors des groupes de discussion, a permis d'assurer une certaine uniformité et contribué à la justesse des interprétations. De plus, afin d'assurer la transparence du chercheur et la disponibilité des données à des fins de révision (fiabilité), l'utilisation de bande audio et de mémos a été préconisée. Par ailleurs, une description détaillée du contexte et de l'échantillon rehausse la transférabilité des résultats en permettant aux futurs utilisateurs de connaissances d'apprécier la ressemblance entre leur contexte de pratique et celui de la présente étude. La description détaillée des méthodes favorise, quant à elle, la reproductibilité de l'étude. Tel que suggéré par Kilbourne *et al.* (2007), l'utilisation de modèles et des fondements théoriques reconnus pourrait, par ailleurs, accélérer et rehausser la probabilité de succès d'une éventuelle implantation. L'utilisation du CFIR, pendant la phase de préimplantation, a notamment permis de limiter la surcharge des données recueillies (Miles et al., 2014) et de raffiner la stratégie d'implantation à venir. Enfin, le projet a inclus un recrutement multisite qui a permis à l'étudiante-chercheure de développer une compréhension nuancée et approfondie des facteurs susceptibles d'influencer l'implantation du programme Remodeler sa vie®, et ce, tout en renforçant la validité et la transférabilité des résultats.

Malgré la diversification du recrutement, le nombre limité de participants et le fait qu'ils proviennent majoritairement de deux régions administratives du Québec pourraient faire en sorte que le contexte de l'étude ne corresponde pas à l'ensemble des milieux potentiels d'implantation au Québec. De plus, la sélection d'ergothérapeutes et de finissantes en ergothérapie bien informées et intéressées par le programme Remodeler sa vie® pourrait avoir créé une plus grande uniformité dans le groupe des participants que celle existant dans la réalité. La nature intentionnelle du recrutement pourrait ainsi avoir créé un biais de sélection susceptible de générer des résultats plus favorables. Cette stratégie de recrutement était cependant justifiée par des enjeux de faisabilité et elle reflète la réalité de la formation professionnelle continue où ceux qui y participent s'intéressent habituellement au sujet. La collecte de donnée a quant à elle pu être influencée négativement (autocensure, durée d'exposition) ou positivement (lien de confiance favorisant la richesse des données). D'une part, la diversité intra-groupe quant au niveau d'expérience des participantes (novices versus chevronnés) ainsi que leur appartenance à des institutions différentes (académique versus

clinique) pourraient avoir freiné la libre expression des idées en créant un climat moins égalitaire. Cette limite a cependant été minimisée par le rappel, au début de chaque groupe, de l'importance de l'apport de chacune, de la complémentarité de leurs visions et de l'absence de bonne ou de mauvaise réponse. D'autre part, malgré une durée limitée d'exposition sur le terrain (collecte en deux temps), le présent projet totalise 16 heures de contact avec les participantes réparties sur quatre rencontres. L'expérience clinique de l'étudiante-chercheuse et sa connaissance du contexte, de la culture et des enjeux relatifs à la pratique ont par ailleurs favorisé l'établissement d'un lien de confiance, lequel a permis l'accès à des données plus sensibles représentant avec justesse l'expérience des participants. En revanche, cette expérience peut aussi avoir constitué une limite en teintant l'interprétation de l'étudiante-chercheuse à la lumière de son bagage, de ses perceptions et de ses intérêts. Tel que recommandé par Krefting (1991), le recours à des mémos réflexifs a cependant permis à l'étudiante-chercheuse une prise de conscience sur son influence a priori et tout au long de la recherche. Bien qu'il ait porté la constitution de l'échantillon de participants, le principe de saturation empiriques des données n'a pu être vérifié par la constitution de groupes de discussion additionnels. Par contre, puisque les présents résultats reposent sur un processus de recherche rigoureux et qu'ils contribuent à l'avancement des connaissances sur un phénomène encore peu étudié, leur qualité et leur crédibilité sont renforcés. Enfin, bien que le présent projet ait permis de documenter le point de futures utilisatrices de connaissances, celui d'autres parties prenantes, particulièrement d'ânés (à titre de principaux utilisateurs du programme), n'a pas pu, pour des raisons de faisabilité, être pris en compte. Puisque les ergothérapeutes interviennent rarement auprès d'ânés ayant un niveau élevé d'indépendance fonctionnelle et pourraient avoir une connaissance modérée de cette clientèle, l'engagement d'usagers partenaires permettrait ainsi une meilleure compréhension de leur réalité tout en étant davantage en ligne avec l'idéal de la recherche-action (Cargo et Mercer, 2008).

### **5.3 Retombées de la recherche**

Ce troisième et dernier volet de la discussion présente les retombées cliniques potentielles de la présente étude ainsi que les orientations de recherche à considérer pour l'avenir.

### ***5.3.1 Retombées cliniques***

La présente étude a, premièrement, donné accès à une version française du programme. À notre connaissance, aucune étude n'avait permis de traduire la formation du programme en français et de l'adapter au contexte québécois. Bien que son usage soit actuellement limité à la recherche, cette formation pourrait, éventuellement, être offerte à titre de formation professionnelle continue ou de formation universitaire. Cette première version québécoise de la formation a par ailleurs eu des retombées immédiates en formant une première cohorte d'ergothérapeutes et de finissantes en ergothérapie. Bien qu'il reste un certain degré d'appropriation de l'intervention par les participantes, une meilleure compréhension du programme et de ses applications est susceptible de mieux les préparer à rencontrer les besoins de participation sociale de leur clientèle aînée. Ultimement, les ergothérapeutes et les finissantes ayant pris part à formation pourraient aussi favoriser le changement de pratique vers l'adoption de nouveaux rôles en matière de PPS.

Deuxièmement, grâce à la contribution des futurs utilisateurs de connaissances, cette étude a aussi permis de mettre en lumière des pistes d'amélioration de la formation. Afin de mettre en place les changements souhaités par les participantes, la formation actuelle servira d'outil de transition vers une deuxième version plus complète et 'clé-en main'. En étant ainsi mieux adaptée aux besoins des futurs utilisateurs de connaissances, cette version modifiée de la formation pourrait soutenir davantage leur acquisition et leur utilisation des connaissances.

Troisièmement, les connaissances relatives aux facteurs d'influences et aux actions à entreprendre fourniront aux décideurs et aux planificateurs en santé, un plan d'action efficace permettant de soutenir la prise de décision. Pour les participantes, une réflexion préalable quant aux étapes et aux choix à effectuer en vue d'une éventuelle implantation pourrait notamment leur permettre de faciliter leur mise en action en initiant, par exemple, plus rapidement la collaboration avec des partenaires. En effet, puisque les participantes ont maintenant une idée plus précise des actions à entreprendre en vue d'une éventuelle implantation, elles pourraient, lorsque la situation se présentera, se sentir davantage engagées et prêtes à activer leurs intentions de changement.

Enfin, en offrant aux participantes des occasions de rencontres et d'échanges au sujet du programme, cette étude a permis l'établissement d'un réseau de contacts. En plus de



favoriser l'entraide et le partage d'expertise entre les participantes, ce réseau pourrait faciliter les phases subséquentes de recherche en agissant comme trame de soutien à une future implantation.

### ***5.3.2 Recommandations pour la recherche***

Tel que conçu par Lewin (cité dans Burnes, 2004), la recherche-action est un processus en deux volets permettant premièrement d'analyser la situation et d'identifier les solutions possibles pour ensuite réaliser le changement. Similairement à cette conception, la présente étude constitue le premier cycle d'une recherche-action qui pourrait paver la voie à de futures recherches visant l'intégration du programme Remodeler sa vie® à la pratique d'ergothérapeutes québécois. Cette recherche pourrait ainsi se poursuivre avec un deuxième cycle de recherche-action portant sur la phase d'implantation active du programme. Pour ce faire, il serait important d'inclure des aînés comme parties prenantes du processus de recherche. Une meilleure compréhension de la réalité des aînés pourrait ainsi améliorer la qualité du programme, orienter les stratégies pour sa mise en œuvre et assurer sa pertinence sociale. L'implication d'autres partenaires (ex. : décideurs, acteurs du milieu communautaire) est également un aspect à considérer afin de mieux comprendre le contexte organisationnel et de renforcer la capacité des milieux à offrir le programme.

Pour les phases de recherche subséquentes, plusieurs avenues pourraient contribuer à appuyer le déploiement du programme. Dans un premier temps, une étude pilote pourrait être menée afin de développer les partenariats nécessaires à l'implantation (ex. avec les acteurs provinciaux) et de vérifier la faisabilité du programme en milieu communautaire. Pour ce faire, il serait possible d'utiliser un devis hybride d'évaluation-implantation ainsi que des méthodes mixtes afin de documenter l'efficacité du programme, incluant la détermination d'une taille de l'effet, et de préciser la stratégie d'implantation (ex. caractère adaptatif du plan d'implantation et du programme).

Des résultats préliminaires positifs pourraient justifier, dans un deuxième temps, la réalisation d'un essai clinique à répartition aléatoire de plus grande envergure. Il s'agirait alors d'évaluer l'efficacité du programme en comparaison avec un groupe témoin ayant accès aux ressources et aux soins usuels de santé, de services sociaux et d'opportunités de

participation sociale. Des effets positifs du programme, incluant une démonstration de son coût-bénéfice, pourraient alors servir de leviers afin d'influencer la pratique.

Finalement, afin d'expliquer dans quel contexte et dans quelles circonstances le programme produit ses effets, une évaluation réaliste pourrait être menée. Pour ce faire, une étude de cas multiple auprès de différents milieux (ex. : publics et privés), clientèles (ex. : avec ou sans incapacités) ou approches (ex. : animé ou supervisé par une ergothérapeute) pourrait permettre de générer une théorie explicative utile à la transférabilité du programme.

## CONCLUSION

Cette recherche avait pour but de préparer l'implantation du programme Remodeler sa vie® auprès d'ânés en milieu communautaire québécois. Plus spécifiquement, cette étude visait à : 1) examiner la formation du programme Remodeler sa vie® et 2) explorer sa préimplantation, incluant l'identification des facteurs d'influence à sa mise en œuvre en milieu communautaire québécois ainsi que des actions à entreprendre.

La présente étude a permis de constater que la formation du programme Remodeler sa vie était bien adaptée à la réalité des Québécois vieillissants. Afin de mieux répondre aux besoins des ergothérapeutes en matière de formation continue, la formation du programme gagnerait cependant être bonifiée à la lumière des suggestions formulées. Les présents résultats ont également permis d'identifier les principaux facteurs d'influence à une éventuelle implantation du programme. Par exemple, les caractéristiques de l'intervention (ex. : conception flexible et 'clé-en main', qualité des évidences scientifiques) figuraient parmi les principaux facilitateurs à une éventuelle implantation. Il en était de même pour les caractéristiques des ergothérapeutes qui, par leur ouverture et leur intérêt envers le programme, étaient susceptibles de favoriser sa mise en œuvre. De nouvelles tendances sociales, telles qu'un intérêt marqué pour le vieillissement et l'autogestion de sa santé étaient, par ailleurs, des facilitateurs à une future implantation. Les présents résultats ont aussi mis en évidence six axes d'implantation, 15 objectifs et de multiples actions à entreprendre en vue d'une éventuelle implantation. Puisque ces actions reposaient majoritairement sur les épaules des ergothérapeutes, elles appelaient à une meilleure répartition des coûts du changement et à la fédération de partenaires.

Trois principales retombées découlent des résultats de la présente étude dont, premièrement, l'accès à une première version française de la formation du programme Remodeler sa vie®. Cette adaptation de la formation constitue une base solide en vue de son intégration dans les programmes de formation continue des ergothérapeutes ou de formation universitaire des étudiants en ergothérapie. Tel que suggérées par les participantes de la présente étude, les pistes d'amélioration de la formation permettront d'obtenir une nouvelle version mieux adaptée aux besoins des futurs utilisateurs de connaissances. De plus, les ergothérapeutes et les finissantes actuellement formées au programme constitueront une

importante trame de soutien à une diffusion élargie de l'information et à une éventuelle implantation du programme. Deuxièmement, une meilleure connaissance des facteurs d'influence à l'implantation du programme permettra, lors des étapes subséquentes d'implantation, de miser sur les facilitateurs et d'anticiper les obstacles (ex. : engagement des décideurs, accès aux ressources). Troisièmement, puisque la présente étude a mené à l'élaboration d'un plan d'action détaillé permettant d'orienter et de structurer une implantation à venir, celui-ci sera susceptible de soutenir l'intégration du programme Remodeler sa vie® dans le SSSS. De plus, puisque ce plan d'action s'inscrit de façon cohérente avec les connaissances actuelles en sciences de l'implantation, il pourrait également soutenir l'implantation d'autres innovations en santé.

La pertinence des présents résultats s'apprécie tant à l'égard des aînés, de la pratique ergothérapique, de la recherche et de la société. D'abord, un accès à des services préventifs, avant même l'apparition de problèmes de santé significatifs, pourrait constituer une réponse adaptée aux besoins complexes et grandissants des aînés. En rehaussant le pouvoir d'agir des aînés quant à la prise en charge de leur santé, le programme pourrait, ultimement, contribuer à leur santé et à leur bien. Sur le plan professionnel, l'intégration du programme à la pratique pourrait étendre le rôle de l'ergothérapeute et la portée des interventions en matière de PPS ; un virage jugé nécessaire par plusieurs. D'un point de vue scientifique, les présents résultats fournissent une orientation quant aux phases subséquentes de recherche, notamment en maximisant les chances de succès d'une implantation future. La pertinence sociétale de la présente étude s'inscrit, quant à elle, dans sa contribution à une vision plus préventive que curative du SSSS. À long terme, une meilleure santé globale des aînés, ainsi qu'un recours moindre aux services de santé et sociaux, pourrait s'avérer une réponse efficace aux défis du vieillissement démographique. En offrant un plus large éventail de services à toutes les étapes de la vie, l'intégration du programme au SSSS pourraient également contribuer à l'opérationnalisation de politiques québécoises et canadiennes sur le vieillissement.

En somme, cette étude propose, pour la première fois, une version française de la formation du programme Remodeler sa vie® ainsi qu'un regard approfondi des facteurs susceptibles d'influencer l'implantation du programme. Puisque la pertinence scientifique et sociale du programme a été étayée par des résultats pertinents et probants, des valeurs

communes et une vision partagée quant à son importance, il apparaît justifié et nécessaire de poursuivre les efforts d'implantation, et ce, grâce à une action collective et concertée.

## LISTE DES RÉFÉRENCES

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020T)
- Arbesman, M., & Mosley, L. (2012). Systematic review of occupation and activity-based health management and maintenance interventions for community-dwelling older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 66(3), 277-283. <https://doi.org/10.5014/ajot.2012.003327>
- Archambault, M., Candas, B., Fortino, M., & Raymond, M.-H. (2019). *Évaluation du continuum de soins et services aux aînés: Perspectives pour l'évolution de la mesure*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). <https://www.inesss.qc.ca/nc/publications/publications/publication/evaluation-du-continuum-de-soins-et-services-aux-aines-perspectives-pour-levolution-de-la-mesure.html>.
- Ayton, D. R., Barker, A. L., Morello, R. T., Brand, C. A., Talevski, J., Landgren, F. S., Melhem, M. M., Bian, E., Brauer, S. G., & Hill, K. D. (2017). Barriers and enablers to the implementation of the 6-PACK falls prevention program: A pre-implementation study in hospitals participating in a cluster randomised controlled trial. *PloS One*, 12(2), e0171932. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171932>
- Baker, D. I., King, M. B., Fortinsky, R. H., Graff, L. G., Gottschalk, M., Acampora, D., Preston, J., Brown, C. J., & Tinetti, M. E. (2005). Dissemination of an Evidence-Based Multicomponent Fall Risk-Assessment and Management Strategy Throughout a Geographic Area. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 675-680. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53218.x>
- Behr, D. (2017). Assessing the use of back translation: the shortcomings of back translation as a quality testing method. *International journal of social research methodology*, 20(6), 573-584. <https://doi.org/10.1080/13645579.2016.1252188>
- Bergmann, J., Sams, A., Nizet, I., & Bernard, S. *La classe inversée*.
- Billette, V., Marier, P., & Séguin, A.-M. (2018). *Les vieillissements sous la loupe : entre mythes et réalités*.
- Bird, M.-L., Mortenson, B. W., Chu, F., Acerra, N., Bagnall, E., Wright, A., Hayley, K., Yao, J., & Eng, J. J. (2019). Building a bridge to the community: An integrated knowledge translation approach to improving participation in community-based exercise for people after stroke. *Physical Therapy*, 99(3), 286-296. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy146>
- Birken, S. A., Powell, B. J., Shea, C. M., Haines, E. R., Kirk, M. A., Leeman, J., Rohweder, C., Damschroder, L., & Presseau, J. (2017). Criteria for selecting implementation science theories and frameworks: Results from an international survey. *Implementation Science*, 12(1), 124. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0656-y>
- Bourgeois, L. (2016). Assurer la rigueur scientifique de la recherche-action. *La recherche-action et la recherche-développement au service de la littérature.*, 6-20.
- Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., Bakken, S., Kaplan, C. P., Squiers, L., & Fabrizio, C. (2009). How we design feasibility

- studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 452-457. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.002>
- Bower, E. A., Girard, D. E., Wessel, K., Becker, T. M., & Choi, D. (2008). Barriers to innovation in continuing medical education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28(3), 148-156. <https://doi.org/10.1002/chp.176>
- Breimaier, H. E., Heckemann, B., Halfens, R. J., & Lohrmann, C. (2015). The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): A useful theoretical framework for guiding and evaluating a guideline implementation process in a hospital-based nursing practice. *BMC Nursing*, 14(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0088-4>
- Bronfenbrenner, U. (2001). Human development, bioecological theory of. Dans N. J. Smelser & B. Baltes (dir.), *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences* (Vol. 10, p. 6963-6970).
- Burnes, B. (2004). Kurt Lewin and the Planned Approach to Change: A re-appraisal. *Journal of Management Studies*, 41(6), 977-1002. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2004.00463.x>
- Camden, C., & Poncet, F. (2014). Recherche-action participative: nouvelles perspectives. Dans S. Tétreault & P. Guillez (dir.), *Guide pratique de recherche en réadaptation* (p. 383-422). De Boeck.
- Cargo, M., & Mercer, S. L. (2008). The value and challenges of participatory research: Strengthening its practice. *Annual Review of Public Health*, 29, 325-350. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.091307.083824>
- Carrier, A., & Contandriopoulos, D. (2016). Principes de communication et rôle social du chercheur en matière de transfert de connaissances : une dualité source de questionnements éthiques. *Canadian Journal of Bioethics/Revue canadienne de bioéthique (BioéthiqueOnline)*, 5(26). <https://doi.org/10.7202/1044284ar>
- Carrier, A., & Contandriopoulos, D. (2016). *Raisonnement clinique sous-jacent au rôle d'agent de changement : un modèle pour faciliter l'enseignement*. Communication présentée lors de la 3<sup>e</sup> Conférence internationale de Montréal sur le raisonnement clinique. Montréal, QC, Canada.
- Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science*, 2(1), 40. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-40>
- Cassidy, T. B., Richards, L. G., & Eakman, A. M. (2017). Feasibility of a Lifestyle Redesign®-inspired intervention for well older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 7104190050. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.024430>
- Charlier, B., Bonamy, J., & Saunders, M. (2002). Apprivoiser l'innovation. Dans D. Peraya & B. Charlier (dir.), *Technologie et innovation en pédagogie : dispositifs innovants de formation pour l'enseignement supérieur* (p. 43-68). De Boeck Supérieur.
- Charlier, B., Deschryver, N., & Peraya, D. (2005, 15-16 septembre). *Apprendre en présence et à distance - À la recherche des effets des dispositifs hybrides*. Communication présentée du Colloque du Réseau Education Formation (REF), Montpellier, France. [http://tecfa.unige.ch/tecfa/mal/tt/come12/0910/ressources/dispositifs\\_hybrides\\_REF-Charlier.pdf](http://tecfa.unige.ch/tecfa/mal/tt/come12/0910/ressources/dispositifs_hybrides_REF-Charlier.pdf).

- Chatters, R., Roberts, J., Mountain, G., Cook, S., Windle, G., Craig, C., & Sprange, K. (2017). The long-term (24-month) effect on health and well-being of the Lifestyle Matters community-based intervention in people aged 65 years and over: A qualitative study. *BMJ Open*, 7(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016711>
- Cismigeanu, L. (2018). *Changement organisationnel dans une perspective d'apprentissage: le développement des pratiques professionnelles* [thèse de doctorat, Université Laval]. CorpusUL. <http://hdl.handle.net/20.500.11794/30092>
- Clark, F., Carlson, M., Zemke, R., Frank, G., Patterson, K., Ennevor, B. L., Rankin-Martinez, A., Hobson, L., Crandall, J., Mandel, D., & Lipson, L. (1996). Life domains and adaptive strategies of a group of low-income, well older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 50(2), 99-108. <https://doi.org/10.5014/ajot.50.2.99>
- Clark, F., Azen, S. P., Carlson, M., Mandel, D., LaBree, L., Hay, J., J., Zemke, R., Jackson, J., & Lipson, L. (2001). Embedding health-promoting changes into the daily lives of independent-living older adults: Long-term follow-up of occupational therapy intervention. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56B(1), 60-63. <https://doi.org/10.1093/geronb/56.1.P60>
- Clark, F., Azen, S. P., Zemke, R., Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., Hay, J., Josephson, K., Cherry, B., & Hessel, C. (1997). Occupational therapy for independent-living older adults: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 278(6), 1321-1326.
- Clark, F., Mandel, D., Jackson, J., Zemke, R., & Eallonardo, L. (2015). *Lifestyle Redesign: The intervention tested in the USC Well Elderly studies* (2<sup>e</sup> éd.). AOTA.
- Clark, F., Park, D. J., & Burke, J. P. (2013). Dissemination: bringing translational research to completion. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(2), 185-193. <https://doi.org/10.5014/ajot.2013.006148>
- Clark, F., Jackson, J., Carlson, M., Chou, C. P., Cherry, B. J., Jordan-Marsh, M., Knight, B. G., Mandel, D., Blanchard, J., & Azen, S. P. (2012). Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: Results of the Well Elderly 2 randomised controlled trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(9), 782-790. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.099754>
- Clark, F. (2000). The concepts of habit and routine: A preliminary theoretical synthesis. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 20(1\_suppl), 123S-137S. <https://doi.org/10.1177/15394492000200S114>
- Contandriopoulos, D., Lemire, M., Denis, J. L., & Tremblay, É. (2010). Knowledge exchange processes in organizations and policy arenas: A narrative systematic review of the literature. *The Milbank Quarterly*, 88(4), 444-483. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2010.00608.x>
- Corbière, M., & Fraccaroli, F. (2014). La conception, la validation, la traduction et l'adaptation transculturelle d'outils de mesure: des exemples en santé mentale et travail. Dans M. Corbière & N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (p. 577-623). Presses de l'Université du Québec.
- Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (2015). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (4<sup>e</sup> éd.). SAGE.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (3<sup>e</sup> éd.). SAGE Publications.



- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Damschroder, L. J., & Lowery, J. C. (2013). Evaluation of a large-scale weight management program using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). *Implementation Science*, 8(1), 51. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-51>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2018). *The Sage handbook of qualitative research* (5<sup>e</sup> éd.). Sage.
- Dolbec, A., & Prud'Homme, L. (2009). La recherche-action. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* (5<sup>e</sup> éd., p. 531-569). Presse de l'Université du Québec.
- Donnelly, C., Green, M., Frymire, E., Nguyen, P., Tranmer, J., Lynch, S., Leavitt, A., & Esperenzate, P. (2019). *The impact of primary care occupational therapists on health utilization*. Communication présentée lors de la CAOT Conference 2019 Congrès de l'ACE. Niagara Falls, ON, Canada.
- Dorfman, L., Wallack, L., & Woodruff, K. (2005). More than a message: Framing public health advocacy to change corporate practices. *Health Education and Behavior*, 32(3), 320-336. <https://doi.org/10.1177/1090198105275046>
- Drolet, M.-J., Carrier, A., Hudon, A., & Hurst, S. (sous presse, 2018). Advocacy systémique en santé et réadaptation : être un agent de changement social pour résoudre les conflits de loyauté multiples de nature systémiques. Dans J. Centeno, L. Bégin & L. Langlois (dir.), *Les loyautés multiples : mal-être au travail et enjeux éthiques* (tome 2). Les Éditions Nota Bene.
- Drolet, M.-J., & Désormeaux-Moreau, M. (2016). The values of occupational therapy: Perceptions of occupational therapists in Quebec. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(4), 272-285. <https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1082623>
- Drolet, M.-J., & Hudon, A. (2014). Les professionnels de la santé ont-ils un devoir d'advocacy? *Ethica*, 18(2), 33-63.
- Drolet, M.-J., Pinard, C., & Gaudet, R. (2018). Pourquoi choisir de travailler dans le secteur privé de l'ergothérapie? Réflexion sur les motivations des ergothérapeutes à opter pour la pratique privée et leurs implications éthiques. *Canadian Journal of Bioethics/Revue canadienne de bioéthique*, 1(3), 82-89. <https://doi.org/10.7202/1058254ar>
- Duplain, M., & Mauger, I. (2018). *Les inégalités sociales de santé dans Basse-Ville et Limoilou-Vanier*. Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. <https://www.ciuss-s-capitalenationale.gouv.qc.ca/les-inegalites-sociales-de-sante-dans-basse-ville-et-limoilou-vanier-regard-specifique-sur-18>.
- Dykeman, C. S., Markle-Reid, M. F., Boratto, L. J., Bowes, C., Gagné, H., McGugan, J. L., & Orr-Shaw, S. (2018). Community service provider perceptions of implementing older adult fall prevention in Ontario, Canada: A qualitative study. *BMC Geriatrics*, 18(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0725-3>
- Endrizzi, L. (2011, septembre). Savoir enseigner dans le supérieur: un enjeu d'excellence pédagogique. *Dossier d'actualité Veille et analyses*, 64.

- Epstein, J., Osborne, R. H., Elsworth, G. R., Beaton, D. E., & Guillemin, F. (2015). Cross-cultural adaptation of the Health Education Impact Questionnaire: Experimental study showed expert committee, not back-translation, added value. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68(4), 360-369. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.07.013>
- Eriksson, C., Eriksson, G., Johansson, U., & Guidetti, S. (2019). Occupational therapists' perceptions of implementing a client-centered intervention in close collaboration with researchers: A mixed methods study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/11038128.2019.1573917>
- Filiatrault, J., Lorthios-Guillement, A., DeBroux-Leduc, R., & Richard, L. (2019). Vivre en équilibre: un programme novateur pour des aînés préoccupés par les chutes. *Pluriâges*, 9(1), 39-43.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenilière éducation.
- Garber, A. M., & Phelps, C. E. (1997). Economic foundations of cost-effectiveness analysis. *Journal of Health Economics*, 16(1), 1-31. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(96\)00506-1](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(96)00506-1)
- Gewurtz, R., Moll, S., Letts, L., Larivière, N., Levasseur, M., & Krupa, T. (2016). What you do every day matters: A new direction for health promotion. *Canadian Journal of Public Health*, 107(2), E205. <https://doi.org/10.17269/CJPH.107.5317>
- Girard, C., Binette Charbonneau, A., Payeur, F. F., & Azeredo, A. C. (2018). Le bilan démographique du Québec : édition 2018. Institut de la statistique du Québec. <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2018.pdf>
- Glasgow, R. E., & Emmons, K. M. (2007). How can we increase translation of research into practice? Types of evidence needed. *Annual Review of Public Health*, 28, 413-433. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144145>
- Gonzalez-Laporte, C. (2014). *Recherche-action participative, collaborative, intervention... Quelles explicitations?* [rapport de recherche]. <http://hal.univ-grenoble-alpes.fr/hal-01022115/document>
- Gouvernement du Canada. (2017). *Glossaire des sciences de la santé publique*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/pratique-sante-publique/competences-ligne/glossaire.html#diseaseInjuryPrevention>
- Graham, J. D., Corso, P. S., Morris, J. M., Segui-Gomez, M., & Weinstein, M. C. (1998). Evaluating the cost-effectiveness of clinical and public health measures. *Annual Review of Public Health*, 19, 125-152. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.19.1.125>
- Grandes, G., Sanchez, A., Cortada, J. M., Balague, L., Calderon, C., Arrazola, A., Vergara, I., & Millan, E. (2008). Is integration of healthy lifestyle promotion into primary care feasible? Discussion and consensus sessions between clinicians and researchers. *BMC Health Services Research*, 8(1), 213. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-213>
- Guan, J., Tregonning, S., & Keenan, L. (2008). Social interaction and participation: Formative evaluation of online CME modules. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28(3), 172-179. <https://doi.org/10.1002/chp.174>
- Hay, J., LaBree, L., Luo, R., Clark, F., Carlson, M., Mandel, D., Zemke, R., Jackson, J., & Azen, S. P. (2002). Cost-effectiveness of preventive occupational therapy for

- independent-living older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(8), 1381-1388. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50359.x>
- Heath, C., & Heath, D. (2010). *Made to stick: Why some ideas take hold and others come unstuck*. Random House Books.
- Heiwe, S., Kajermo, K. N., Tyni-Lenné, R., Guidetti, S., Samuelsson, M., Andersson, I.-L., & Wengström, Y. (2011). Evidence-based practice: Attitudes, knowledge and behaviour among allied health care professionals. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(2), 198-209. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq083>
- Herrington, J., & Oliver, R. (2000). An instructional design framework for authentic learning environments. *Educational Technology Research and Development*, 48(3), 23-48.
- Hertzog, M. A. (2008). Considerations in determining sample size for pilot studies. *Research in Nursing and Health*, 31(2), 180-191. <https://doi.org/10.1002/nur.20247>
- Higgins, J. P., & Green, S. (2011). Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. [http://handbook.cochrane.org/front\\_page.htm](http://handbook.cochrane.org/front_page.htm)
- Hill, V. A., Vickrey, B. G., Cheng, E. M., Valle, N. P., Ayala-Rivera, M., Moreno, L., Munoz, C., Dombish, H., Espinosa, A., Wang, D., Ochoa, D., Chu, A., Heymann, R., & Towfighi, A. (2017). A pilot trial of a lifestyle intervention for stroke survivors: Design of Healthy Eating and Lifestyle After Stroke (HEALS). *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases: The Official Journal of National Stroke Association*, 26(12), 2806-2813. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2017.06.058>
- Holloway, I., & Galvin, K. M. (2017). *Qualitative research in nursing and healthcare* (4<sup>e</sup> éd.). John Wiley & Sons Inc.
- Hughes, I. (2008). Action research in healthcare. Dans P. Reason & H. Bradbury (dir.), *The Sage handbook of action research: Participative inquiry and practice*. Sage Publications.
- Ilott, I., Gerrish, K., Booth, A., & Field, B. (2013). Testing the Consolidated Framework for Implementation Research on health care innovations from South Yorkshire. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19(5), 915-924. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2012.01876.x>
- Jackson, J., Kennedy, B. L., Mandel, D., Carlson, M., Cherry, B. J., Fanchiang, S. P., Ding, L., Zemke, R., Azen, S. P., Labree, L., & Clark, F. (2000). Derivation and pilot assessment of a health promotion program for Mandarin-speaking Chinese older adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 50(2), 127-149.
- Kilbourne, A. M., Neumann, M. S., Pincus, H. A., Bauer, M. S., & Stall, R. (2007). Implementing evidence-based interventions in health care: Application of the Replicating Effective Programs framework. *Implementation Science*, 2(1), 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-42>
- Kirk, M. A., Kelley, C., Yankey, N., Birken, S. A., Abadie, B., & Damschroder, L. (2016). A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implementation Science*, 11(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0437-z>
- Koh, S. S., Manias, E., Hutchinson, A. M., Donath, S., & Johnston, L. (2008). Nurses' perceived barriers to the implementation of a fall prevention clinical practice guideline in Singapore hospitals. *BMC Health Services Research*, 8(1), 105. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-105>

- Krefting, L. (1991). Rigor in qualitative research: The assessment of trustworthiness. *American Journal of Occupational Therapy*, 45(3), 214-222.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Sage.
- Lagueux, É., Pagé, R., Dépelteau, A., Levasseur, M., Tousignant-Laflamme, Y., Lévesque, M.-H., Pinard, A.-M., & Masse, J. (en préparation). French-Canadian adaptation of Lifestyle Redesign® for chronic pain management: Results from a pre-experimental pilot study.
- Lally, P., van Jaarsveld, C. H. M., Potts, H. W. W., & Wardle, J. (2010). How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *European Journal of Social Psychology*, 40(6), 998-1009. <https://doi.org/10.1002/ejsp.674>
- Larivière, N., & Levasseur, M. (2016). Traduction et validation du questionnaire ergothérapique l'Inventaire de l'équilibre de vie: Translation and validation of the Life Balance Inventory: An occupational therapy questionnaire. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 83(2), 103-114. <https://doi.org/10.1177/0008417416632260>
- Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H., & Pollock, N. (1990). The Canadian Occupational Performance Measure: An outcome measure for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 57(2), 82-87.
- Leclerc, C., Bourassa, B., Picard, F., & Courcy, F. (2011). Du groupe focalisé à la recherche collaborative: avantages, défis et stratégies. *Recherches qualitatives*, 29(3), 145-167.
- Le Protecteur du citoyen. (2007). *Rapport annuel 2006-2007*. Assemblée nationale Québec. <https://protecteurducitoyen.qc.ca/fr/enquetes/rapports-annuels/2006-2007>.
- Le Protecteur du citoyen. (2018). *Rapport annuel de gestion 2017-2018*. Assemblée nationale Québec. <https://protecteurducitoyen.qc.ca/fr/enquetes/rapports-annuels/2017-2018>.
- Lecours, C., Dubé, G., Murphy, M., & Godbout, M. (2014). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011: utilisation des services de santé et services sociaux par les personnes de 65 ans et plus*: Institut de la statistique du Québec. <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/incapacites/limitations-maladies-chroniques-utilisation-65-et-plus.html>
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007). *Grille de révision critique d'articles quantitatifs*. Université McMaster.
- Levasseur, M., Filiatrault, J., Larivière, N., Trépanier, J., Lévesque, M.-H., Beaudry, M., Parisien, M., Provencher, V., Couturier, Y., Champoux, N., Corriveau, H., Carbonneau, H., & Sirois, F. (2019). Impacts of the French Lifestyle Redesign® on older adults' health, social participation, leisure and mobility. *American Journal of Occupational Therapy*, 73(5). <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.031732>
- Levasseur, M., Lévesque, M.-H., Beaudry, M., Therrien, F.-H., Larivière, N., Filiatrault, J., Parisien, M., Provencher, V., Cauchon, M., Corriveau, H., Champoux, N., Mercier, G., Carbonneau, H., & Couturier, Y. (en préparation). *Remodeler sa vie*. CAOT Publications ACE.
- Lévesque, M.-H., Trépanier, J., Sirois, M.-J., & Levasseur, M. (2019a). Effets du Lifestyle Redesign chez les aînés : une recension systématique. [Effects of Lifestyle Redesign on older adults: A systematic review.]. *Canadian Journal of Occupational Therapy* /

- Revue canadienne d'ergothérapie*, 86(1), 48-60.  
<https://doi.org/10.1177/0008417419830429>
- Lévesque, M.-H., Levasseur, M., Larivière, N., Filiatrault, J., Poulin, V., Provencher, V., Giroux, D., Lagueux, É., Delli-Colli, N., Couturier, Y., & Champoux, N. (2019b). *Préimplantation du Lifestyle Redesign® : qu'en pensent les partenaires-experts?* Communication présentée lors de la CAOT Conference 2019 Congrès de l'ACE. Niagara Falls, ON, Canada.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.
- Lindsay, J. M., Oelschlegel, S., & Earl, M. (2017). Surveying hospital nurses to discover educational needs and preferences. *Journal of the Medical Library Association*, 105(3), 226. <https://doi.org/10.5195/jmla.2017.85>
- Lood, Q., Haggblom-Kronlof, G., & Dahlin-Ivanoff, S. (2015). Health promotion programme design and efficacy in relation to ageing persons with culturally and linguistically diverse backgrounds: A systematic literature review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 15, 560. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1222-4>
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Maisonneuve, H., & Chabot, O. (2009). L'internet en formation médicale continue: aussi efficace que les formations dites présentielles. *La Presse Médicale*, 38(10), 1434-1442.
- Mayer, R., & Ouellet, F. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. G. Morin.
- McCluskey, A., Vratsistas-Curto, A., & Schurr, K. (2013). Barriers and enablers to implementing multiple stroke guideline recommendations: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13(1), 323. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-323>.
- McNamara, M., & Straathof, T. (2017). *Coping strategies to promote occupational engagement and recovery: A program manual for occupational therapists and other care providers*. Canadian Association of Occupational Therapists.
- Ménard, L., & St-Pierre, L. (2014). *Se former à la pédagogie de l'enseignement supérieur*. Chenelière.
- Metzger, J.-L. (2005). De l'importance des collectifs dans la formation en ligne. *Formation Emploi*, 90(1), 5-19. [https://www.persee.fr/doc/forem\\_0759-6340\\_2005\\_num\\_90\\_1\\_1750](https://www.persee.fr/doc/forem_0759-6340_2005_num_90_1_1750)
- Meyer, S. (2018). Quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie. *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 4(2), 13-28.
- Meyers, D. C., Durlak, J. A., & Wandersman, A. (2012). The Quality Implementation Framework: A synthesis of critical steps in the implementation process. *American Journal of Community Psychology*, 50(3-4), 462-480. <https://doi.org/10.1007/s10464-012-9522-x>
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook*. Sage Publications.
- MindTools.com. (2006). *PEST Analysis Worksheet* [ressource en ligne]. [https://www.mindtools.com/pages/article/newTMC\\_09.htm](https://www.mindtools.com/pages/article/newTMC_09.htm)

- Ministère de la Famille et des Aînés, & Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002206/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1994). *Évaluation de l'autonomie multiclientèle*. Gouvernement du Québec. [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/c6dfb077f4130b4985256e38006a9ef0/27a654cfb02bbd385256ed600498d23/\\$FILE/AS-751\\_DT9050%20\(2004-09\).pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/c6dfb077f4130b4985256e38006a9ef0/27a654cfb02bbd385256ed600498d23/$FILE/AS-751_DT9050%20(2004-09).pdf)
- Molineux, M. (2007). *Occupation for occupational therapists*. Blackwell.
- Mountain, G., Mozley, C., Craig, C., & Ball, L. (2008). Occupational therapy led health promotion for older people: Feasibility of the Lifestyle Matters Programme. *The British Journal of Occupational Therapy*, 71(10), 406-413. <https://doi.org/10.1177/030802260807101002>
- Mrs. T.H. Chan Division of Occupational Science and Occupational Therapy. (2019, décembre). Life Management Series. <https://chan.usc.edu/academics/continuing-education/life-management-series>
- Niclasen, J., Lund, L., Obel, C., & Larsen, L. (2019). Mental health interventions among older adults: A systematic review. *Scandinavian journal of public health*, 47(2), 240-250. <https://doi.org/10.1177/1403494818773530>
- Nielsen, K. T., la Cour, K., Christensen, J. R., Pilegaard, M. S., von Bülow, C., Brandt, A., Peoples, H., Jonsson, H., & Wæhrens, E. E. (2019). Lessons learned about occupation-focused and occupation-based interventions: A synthesis using group concept mapping methodology. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/11038128.2018.1561940>
- Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>
- Noymmer, A. (2008). Alpha, significance level of test. Dans P. J. Lavrakas (dir.), *Encyclopedia of Survey Research Methods* (2<sup>e</sup> éd.). SAGE Publications.
- Organisation mondiale de la santé. (2002). *Vieillir en restant actif: cadre d'orientation*. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67758/1/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67758/1/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf)
- Organisation mondiale de la santé. (2005). *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. [https://www.who.int/publications/list/chronic\\_disease\\_report/fr/](https://www.who.int/publications/list/chronic_disease_report/fr/)
- Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada, & Association canadienne de santé publique. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/charte-ottawa-promotion-sante-conference-internationale-promotion-sante.html>
- Payán, D. D., Sloane, D. C., Illum, J., Vargas, R. B., Lee, D., Galloway-Gilliam, L., & Lewis, L. B. (2017). Catalyzing implementation of evidence-based interventions in safety net settings: A clinical-community partnership in South Los Angeles. *Health Promotion Practice*, 18(4), 586-597. <https://doi.org/10.1177/1524839917705418>
- Peckham, A., Carbone, S., Poole, M., Allin, S., & Marchildon, G. (2019). *Prestation de soins de proximité : caractéristiques des services de santé à domicile et communautaires à rendement élevé*. (Revue rapide, no 13, 2019). North American Observatory on Health Systems and Policies.

- Pellerin, M.-A., Lamontagne, M.-E., Viau-Guay, A., & Poulin, V. (2019). Systematic review of determinants influencing knowledge implementation in occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 66(6), 670-681. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12612>
- Perkins, M. B., Jensen, P. S., Jaccard, J., Gollwitzer, P., Oettingen, G., Pappadopulos, E., & Hoagwood, K. E. (2007). Applying theory-driven approaches to understanding and modifying clinicians' behavior: What do we know? *Psychiatric Services*, 58(3), 342-348. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.3.342>
- Peters, D. H., Adam, T., Alonge, O., Agyepong, I. A., & Tran, N. (2013). Implementation research: What it is and how to do it. *BMJ : British Medical Journal*, 347. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6753>
- Piché, L., Arsenault, S., Leblanc, M., Croteau, N., & Levasseur, M. (2019). Pré-implantation de l'Accompagnement-citoyen Personnalisé d'Intégration Communautaire (APIC): adaptabilité, collaboration et financement, les déterminants d'une implantation réussie. *Canadian Journal on Aging/La revue canadienne du vieillissement*, 38(3), 315-327. <https://doi.org/10.1017/S0714980819000059>
- Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupert, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx & A. Laperrière (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 113-169). Gaëtan Morin.
- Posthuma, B. W. (2002). *Small groups in counseling and therapy: Process and leadership* (4<sup>e</sup> éd.). Allyn and Bacon.
- Pyatak, E., King, M., Vigen, C. L. P., Salazar, E., Diaz, J., Schepens Niemiec, S. L., . . . Shukla, J. (2019). Addressing Diabetes in Primary Care: Hybrid Effectiveness—Implementation Study of Lifestyle Redesign® Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 73(5), 7305185020p7305185021-7305185020p7305185012. <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.037317>
- Pyatak, E. A., Carandang, K., Vigen, C. L., Blanchard, J., Diaz, J., Concha-Chavez, A., Sequeira, P. A., Wood, J. R., Whittemore, R., & Spruijt-Metz, D. (2018). Occupational therapy intervention improves glycemic control and quality of life among young adults with diabetes: The Resilient, Empowered, Active Living with diabetes (REAL Diabetes) randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 41(4), 696-704. <https://doi.org/10.2337/dc17-1634>
- Queensland Health. (2001). *Social determinants of health: the role of population health*. Queensland Government. <http://web.archive.org/web/20120506050300/http://www.health.qld.gov.au/ph/documents/hpu/24310.pdf>.
- Raymond, É., Sévigny, A., Tourigny, A., Bonin, L., Guilbert-Couture, A., & Diallo, L. (2015). Interventions évaluées visant la participation sociale des aînés: fiches synthèses et outil d'accompagnement. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2017>
- Reeves, P. M., & Reeves, T. C. (2008). Design considerations for online learning in health and social work education. *Learning in Health and Social Care*, 7(1), 46-58. <https://doi.org/10.1111/j.1473-6861.2008.00170.x>
- Rexe, K., Lammi, B. M., & Zweck, C. (2013). Occupational therapy: cost-effective solutions for changing health system needs. *Healthcare Quarterly*, 16(1), 69-75.

- Robins, L. S., Jackson, J. E., Green, B. B., Korngiebel, D., Force, R. W., & Baldwin, L.-M. (2013). Barriers and facilitators to evidence-based blood pressure control in community practice. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 26(5), 539-557. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2013.05.130060>
- Roehlkepartain, E. C., (2001). *An asset approach to positive community change*. Minneapolis: Search Institute.
- Sargeant, J. M., Purdy, R. A., Allen, M. J., Nadkarni, S., Watton, L., & O'Brien, P. (2000). Evaluation of a CME problem-based learning internet discussion. *Academic Medicine*, 75(10), S50-S52. <https://doi.org/10.1097/00001888-200010001-00016>
- Savoie-Zajc, L., & Descamps-Bednarz, N. (2007). Action research and collaborative research: Their specific contributions to professional development. *Educational Action Research*, 15(4), 577-596. <https://doi.org/10.1080/09650790701664013>
- Scallon, G. (2004). *L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences*. Éditions du Renouveau pédagogique.
- Schepens Niemiec, S. L., Blanchard, J., Vigen, C. L. P., Martínez, J., Guzmán, L., Concha, A., Fluke, M., & Carlson, M. (2018). Evaluation of ¡Vivir Mi Vida! to improve health and wellness of rural-dwelling, late middle-aged Latino adults: Results of a feasibility and pilot study of a lifestyle intervention. *Primary Health Care Research & Development*, 19(5), 448-463. <https://doi.org/10.1017/S1463423617000901>
- Schon, D. (1995). Knowing-in-action: The new scholarship requires a new epistemology. *Change*, 27(6), 26. <https://doi.org/10.1080/00091383.1995.10544673>
- Secrétariat aux aînés du ministère de la Famille, & Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Un Québec pour tous les âges: plan d'action 2018-2023*. Gouvernement du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002204/>.
- Simon, A. U., & Collins, C. E. (2017). Lifestyle Redesign® for chronic pain management: a retrospective clinical efficacy study. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 7104190040p7104190041-7104190040p7104190047. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.025502>
- Smith, P. M., Sellick, S. M., & Spadoni, M. M. (2012). Tobacco cessation clinical practice guideline use by rural and urban hospital nurses: A pre-implementation needs assessment. *BMC Nursing*, 11(1), 6. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-6>
- Sopcak, N., Aguilar, C., O'Brien, M. A., Nykiforuk, C., Aubrey-Bassler, K., Cullen, R. M., Heatherington, M., Grunfeld, E., & Manca, D. P. (2016). Implementation of the BETTER 2 program: A qualitative study exploring barriers and facilitators of a novel way to improve chronic disease prevention and screening in primary care. *Implementation Science*, 11(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0525-0>
- Stanley, M., & Nayar, S. (2015). Deepening understandings. Dans M. Stanley & S. Nayar (dir.), *Qualitative Research Methodologies for Occupational Science and Therapy* (p. 8-20). New York,: Routledge.
- Stav, W. B., Hallenen, T., Lane, J., & Arbesman, M. (2012). Systematic review of occupational engagement and health outcomes among community-dwelling older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 66(3), 301-310. <https://doi.org/10.5014/ajot.2012.003707>
- Stetler, C. B., Legro, M. W., Wallace, C. M., Bowman, C., Guihan, M., Hagedorn, H., Kimmel, B., Sharp, N. D., & Smith, J. L. (2006). The role of formative evaluation in



- implementation research and the QUERI experience. *Journal of General Internal Medicine*, 21(S2). <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00355.x>
- Sullivan, M. J., & Main, C. (2007). Service, advocacy and adjudication: Balancing the ethical challenges of multiple stakeholder agendas in the rehabilitation of chronic pain. *Disability and Rehabilitation*, 29(20-21), 1596-1603. <https://doi.org/10.1080/09638280701618802>
- Townsend, E. (2002). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. Association canadienne des ergothérapeutes.
- Townsend, E., Polatajko, H. J., Cantin, N., & Association canadienne des ergothérapeutes. (2013). *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. CAOT Publications ACE.
- Turcotte, P. L., Carrier, A., Desrosiers, J., & Levasseur, M. (2015). Are health promotion and prevention interventions integrated into occupational therapy practice with older adults having disabilities? Insights from six community health settings in Quebec, Canada. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(1), 56-67. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12174>
- USC Chan Occupational Science and Occupational Therapy (Producteur). (2016). *Lifestyle Redesign Unit 2: Needs assessments and group leadership*. [https://myaota.aota.org/shop\\_aota/product/WA1232](https://myaota.aota.org/shop_aota/product/WA1232)
- Valois, P., Renaud, J.-S., Ouellet, C., & Blouin, P. (2019). *Concevoir une formation continue en ligne pour les professionnel de la santé*. Presses de l'Université Laval.
- van de Sant, A. J. W., de Vries, N. M., Hoozeboom, T. J., & Nijhuis-van der Sanden, M. W. G. (2019). Implementation of a personalized, cost-effective physical therapy approach (Coach2Move) for older adults: Barriers and facilitators. *Journal of geriatric physical therapy*, 42(3), E1-E16. <https://doi.org/10.1519/JPT.0000000000000140>
- Wallenbert, I., & Jonsson, H. (2005). Waiting to get better: A dilemma regarding habits in daily occupations after stroke. *American Journal of Occupational Therapy*, 59(2), 218-224. <https://doi.org/10.5014/ajot.59.2.218>
- Weiner, B. J. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*, 4(1), 67. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-67>
- Wilding, C., & Galvin, D. (2015). Action research: Exploring occupation and transforming occupational therapy. Dans S. Nayar & M. Stanley (dir.), *Qualitative Research Methodologies for Occupational Science and Therapy* (p. 101-117). Routledge.
- Wodchis, W. P., Ashton, T., Baker, G. R., Sheridan, N., Kuluski, K., McKillop, A., Miller, F. A., Parsons, J., & Kenealy, T. (2018). A research program on implementing integrated care for older adults with complex health needs (iCOACH): An international collaboration. *International journal of integrated care*, 18(2). <https://doi.org/10.5334/ijic.s2064>
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2015). *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books.
- Yang, K., Colorito, K. M., Bowles, K. H., Woomer, G. R., & Murtaugh, C. M. (2019). Home care providers' experience of translating evidence-based fall prevention programs into practice. *Home Health Care Services Quarterly*, 38(3), 182-193. <https://doi.org/10.1080/01621424.2019.1604460>

Young, K. J., Kim, J. J., Yeung, G., Sit, C., & Tobe, S. W. (2011). Physician preferences for accredited online continuing medical education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 31(4), 241-246. <https://doi.org/10.1002/chp.20136>

**ANNEXE 1****Lettre d'invitation aux ergothérapeutes des cliniques privées**

Destinataire : Ergothérapeutes du secteur privé pour une formation sur le *Lifestyle Redesign*®

Date : 20 février 2018

**Objet : Invitation à participer à un projet de recherche sur le *Lifestyle Redesign*®**

---

Cher(ère) collègue ergothérapeute,

Je mène actuellement un projet de recherche comme étudiante-chercheuse à l'Université de Sherbrooke et j'aimerais vous inviter à participer à mon projet intitulé « Accompagner et documenter la préimplantation du *Lifestyle Redesign*® en milieu communautaire québécois : un projet pilote ». Cette invitation vous est transmise parce que vous exercez en pratique privée dans la région [noms des régions retirés à des fins de confidentialité].

L'objectif général de ce projet de recherche est de mettre en place les conditions nécessaires à une implantation réussie du *Lifestyle Redesign*® en milieu clinique.

Développé aux États-Unis et récemment traduit en français, le *Lifestyle Redesign*® est une intervention d'ergothérapie préventive novatrice et efficace qui a pour objectif le développement d'un mode de vie sain et personnellement signifiant chez les aînés vivant dans la communauté. Élaboré sur le thème central de la santé à travers l'occupation, le *Lifestyle Redesign*® combine une approche de groupe à un suivi individuel permettant aux aînés d'acquérir des connaissances, de réfléchir à leurs choix occupationnels et d'expérimenter de nouvelles activités afin d'atteindre une vie plus saine.

La pertinence du *Lifestyle Redesign*® repose non seulement sur sa contribution à améliorer la santé et le mieux-être de la population âgée, mais aussi sur son potentiel d'étendre la portée et l'impact des interventions en ergothérapie dans le domaine de la promotion de la santé.

Dans le cadre de cette étude, trois volets nécessitent votre participation en présentiel :

1. une rencontre d'information d'une durée de 2h incluant trois questionnaires à compléter
2. une formation d'une durée d'une journée et demie sur le *Lifestyle Redesign*® combinant de l'enseignement magistral et en ligne
3. deux groupes de discussion d'une durée respective de 3h

À noter que la formation en français du *Lifestyle Redesign*® (valeur de 210 \$US) ainsi que le dîner et les collations lors de la journée de formation vous seront offerts gratuitement à titre de reconnaissance pour votre implication au projet de recherche.

Par ailleurs, en participant à cette recherche, vous contribuez à une meilleure compréhension des facteurs susceptibles d'influencer l'implantation du *Lifestyle Redesign*® en milieu clinique. Le fait de participer à cette recherche vous offre également une opportunité de

formation continue, en plus d'un moment d'échange et de réflexion dans le domaine émergent de l'ergothérapie en promotion de la santé.

Si vous êtes intéressés à participer à l'étude ou si vous désirez obtenir des renseignements additionnels, veuillez contacter madame Marie-Hélène Lévesque erg., étudiante-chercheuse par courriel ou par téléphone aux coordonnées indiquées plus bas, et ce, avant le 16 mars 2018.

Ce projet est réalisé sous la responsabilité de Pre Mélanie Levasseur, erg., Ph. D., professeure agrégée à l'Université de Sherbrooke. Le projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité] (# projet : MP-31-2018-2482).

Marie-Hélène Lévesque

Ergothérapeute et candidate à la maîtrise en sciences de la santé

[Signature et coordonnées de la chercheuse retirées à des fins de confidentialité]

**ANNEXE 2**

**Lettre d'invitation aux ergothérapeutes connus des experts ou ayant manifesté  
un intérêt envers le projet**

Destinataire : Ergothérapeutes pour une formation sur le *Lifestyle Redesign*®

Date : 20 février 2018

**Objet : Invitation à participer à un projet de recherche sur le *Lifestyle Redesign*®**

---

Cher(ère) collègue ergothérapeute,

Je mène actuellement un projet de recherche comme étudiante-chercheuse à l'Université de Sherbrooke et j'aimerais vous inviter à participer à mon projet intitulé « Accompagner et documenter la préimplantation du *Lifestyle Redesign*® en milieu communautaire québécois : une recherche-action ». Cette invitation vous est transmise en raison de l'intérêt que vous avez déjà manifesté envers le projet.

L'objectif général de ce projet de recherche est de mettre en place les conditions nécessaires à une implantation réussie du *Lifestyle Redesign*® en milieu clinique.

Développé aux États-Unis et récemment traduit en français, le *Lifestyle Redesign*® est une intervention d'ergothérapie préventive novatrice et efficace qui a pour objectif le développement d'un mode de vie sain et personnellement signifiant chez les aînés vivant dans la communauté. Élaboré sur le thème central de la santé à travers l'occupation, le *Lifestyle Redesign*® combine une approche de groupe à un suivi individuel permettant aux aînés d'acquérir des connaissances, de réfléchir à leurs choix occupationnels et d'expérimenter de nouvelles activités afin d'atteindre une vie plus saine.

La pertinence du *Lifestyle Redesign*® repose non seulement sur sa contribution à améliorer la santé et le mieux-être de la population âgée, mais aussi sur son potentiel d'étendre la portée et l'impact des interventions en ergothérapie dans le domaine de la promotion de la santé.

Dans le cadre de cette étude, trois volets nécessitent votre participation en présentiel :

1. une rencontre d'information d'une durée de 2h incluant trois questionnaires à compléter
2. une formation d'une journée et demie sur le *Lifestyle Redesign*® combinant de l'enseignement magistral et en ligne
3. deux groupes de discussion d'une durée respective de 3h

À noter que la formation en français du *Lifestyle Redesign*® (valeur de 210 \$US) ainsi que le dîner et les collations lors de la journée de formation vous seront offerts gratuitement à titre de reconnaissance pour votre implication au projet de recherche.

Par ailleurs, en participant à cette recherche, vous contribuez à une meilleure compréhension des facteurs susceptibles d'influencer l'implantation du *Lifestyle Redesign*® en milieu clinique. Le fait de participer à cette recherche vous offre également une opportunité de

formation continue, en plus d'un moment d'échange et de réflexion dans le domaine émergent de l'ergothérapie en promotion de la santé.

Si vous êtes intéressés à participer à l'étude ou si vous désirez obtenir des renseignements additionnels, veuillez contacter madame Marie-Hélène Lévesque erg., étudiante-chercheuse par courriel ou par téléphone aux coordonnées indiquées plus bas, et ce, avant le 16 mars 2018.

Ce projet est réalisé sous la responsabilité de Pre Mélanie Levasseur, erg., Ph. D., professeure agrégée à l'Université de Sherbrooke. Le projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité] (# projet : MP-31-2018-2482).

Marie-Hélène Lévesque

Ergothérapeute et candidate à la maîtrise en sciences de la santé

[Signature et coordonnées de la chercheuse retirées à des fins de confidentialité]



**ANNEXE 3****Demande de convenance – CISSS**

[nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité]

Québec, le 20 février 2018

**Objet : Demande de convenance pour le CISSS [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité] pour le projet intitulé « Accompagner et documenter la préimplantation du *Lifestyle Redesign*® en milieu communautaire québécois : un projet pilote ».**

Bonjour,

Je suis étudiante-chercheuse à l'Université de Sherbrooke et j'aimerais solliciter la collaboration du CISSS [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité] pour la réalisation d'un projet de recherche portant sur la préimplantation de la version québécoise du *Lifestyle Redesign*®.

Développé et expérimenté aux États-Unis, le *Lifestyle Redesign*® est une intervention d'ergothérapie préventive qui a pour objectif le développement d'un mode de vie sain et personnellement signifiant chez les aînés habitant dans la communauté. Novatrice et efficace, cette intervention reçoit un appui favorable et un intérêt grandissant de la part des chercheurs, des cliniciens et des gestionnaires, et ce, en raison des évidences scientifiques indiquant une réduction des dépenses associées à l'utilisation des soins et des services de santé ainsi qu'une amélioration significative du fonctionnement, de la santé et de la qualité de vie des aînés. Selon des ergothérapeutes consultés dans le cadre d'une étude québécoise, l'intégration du *Lifestyle Redesign*® aux services de première ligne comporte un vaste éventail de retombées potentielles incluant a) une réduction des délais de prise en charge en ergothérapie pour des besoins non urgents, b) une augmentation du nombre de personnes desservies (modalité de groupe), c) une utilisation responsable et mieux ciblée des ressources professionnelles c) une amélioration de la satisfaction des usagers et d) une meilleure connaissance des usagers quant aux ressources disponibles dans la communauté et aux déterminants de la santé, favorisant ainsi leur maintien à domicile. Récemment traduit et adapté au contexte québécois, le *Lifestyle Redesign*® représente non seulement une avenue prometteuse pour soutenir la santé et le mieux-être de la population âgée, mais également un moyen d'actualiser plusieurs politiques et plans stratégiques en santé.

Dans le cadre du présent projet de recherche, nous souhaitons impliquer des ergothérapeutes travaillant auprès d'aînés habitant dans la communauté (missions CLSC, centre de jour et GMF). Plus spécifiquement, nous souhaitons l'implication de quatre ergothérapeutes de votre établissement pour prendre part à une activité de formation continue sur le *Lifestyle Redesign* ainsi qu'à la collecte des données. En participant à ce projet de recherche, votre établissement contribue au développement des compétences de son personnel et à la mise en œuvre d'interventions innovantes en santé. Ce projet se veut aussi une opportunité de positionner votre organisation comme un chef de file dans le domaine émergent de la promotion de la santé tout en contribuant à sa mission de recherche.

Plus précisément, nous souhaiterons avoir accès aux ressources humaines suivantes

Personnes participantes	Nature des activités et temps estimé	Période envisagée	Temps estimé pour l'ergothérapeute
Quatre ergothérapeutes répartis selon les secteurs suivants :  [noms des secteurs retirés à des fins de confidentialité]	<b>Rencontre initiale</b> (incluant information sur le projet, signature du formulaire de consentement et prétests)	Mi-mars 2018	2h
	<b>Formation sur le <i>Lifestyle Redesign</i>®</b> (incluant post-tests)	Début avril 2018	1,5 jour (10,5 h)
	<b>Groupes de discussion focalisée</b>	Fin avril - début mai 2018	6h (2 x 3h)
<b>Total par ergothérapeute : 18,5 heures</b>			

Afin de faciliter la diffusion de l'information auprès de vos équipes, vous trouverez ici-bas une suggestion de message d'introduction (à adapter) ainsi qu'un courriel à transmettre aux ergothérapeutes des missions concernées en indiquant en objet : « Invitation à participer à un projet de recherche sur le *Lifestyle Redesign*® »

### Message d'introduction (à adapter)

Bonjour,

Dans le cadre de la réalisation de sa mission de recherche, le CISSS [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité] a autorisé la participation de XX ergothérapeutes des missions CLSC (SAPA), centre de jour et GMF pour prendre part à un projet de recherche portant sur la préimplantation du *Lifestyle Redesign* : une intervention ergothérapique de promotion de la santé. Vous trouverez ci-dessous l'invitation à participer à ce projet de recherche incluant la description de ce dernier et l'implication attendue.

Merci de signifier votre intérêt à participer à madame Marie-Hélène Lévesque erg., étudiante-chercheuse par courriel ou par téléphone aux coordonnées indiquées plus bas, et ce, avant le 16 mars 2018.

Cordialement,

[Signature]



Cher(ère) collègue ergothérapeute,

Je mène actuellement un projet de recherche comme étudiante-chercheuse à l'Université de Sherbrooke et j'aimerais vous inviter à participer à mon projet intitulé « Accompagner et documenter la préimplantation du *Lifestyle Redesign*® en milieu communautaire québécois : un projet pilote ». Cette invitation vous est transmise à la suite d'une entente auprès de votre employeur parce que vous exercez au CIUSSS ou au CISSS [noms des établissements partenaires retirés à des fins de confidentialité] auprès d'âînés habitant dans la communauté.

L'objectif général de ce projet de recherche est de mettre en place les conditions nécessaires à une implantation réussie du *Lifestyle Redesign*® en milieu clinique.

Développé aux États-Unis et récemment traduit en français, le *Lifestyle Redesign*® est une intervention d'ergothérapie préventive novatrice et efficace qui a pour objectif le développement d'un mode de vie sain et personnellement signifiant chez les âînés habitant dans la communauté. Élaboré sur le thème central de la santé à travers l'occupation, le *Lifestyle Redesign*® combine une approche de groupe à un suivi individuel permettant aux âînés d'acquérir des connaissances, de réfléchir à leurs choix occupationnels et d'expérimenter de nouvelles activités afin d'atteindre une vie plus saine.

La pertinence du *Lifestyle Redesign*® repose non seulement sur sa contribution à améliorer la santé et le mieux-être de la population âgée, mais aussi sur son potentiel d'étendre la portée et l'impact des interventions en ergothérapie dans le domaine de la promotion de la santé.

Dans le cadre de cette étude, trois volets nécessitent votre participation :

1. une rencontre d'information d'une durée de 2h incluant trois questionnaires à compléter
2. une formation d'une journée et demie sur le *Lifestyle Redesign*® combinant de l'enseignement magistral et en ligne
3. deux groupes de discussion d'une durée respective de 3h

À noter que la formation en français du *Lifestyle Redesign*® (valeur de 210 \$US) ainsi que le dîner et les collations lors de la journée de formation vous seront offerts gratuitement à titre de reconnaissance pour votre implication au projet de recherche.

Par ailleurs, en participant à cette recherche, vous contribuez à une meilleure compréhension des facteurs susceptibles d'influencer l'implantation du *Lifestyle Redesign*® en milieu clinique. Le fait de participer à cette recherche vous offre également une opportunité de formation continue, en plus d'un moment d'échange et de réflexion dans le domaine émergent de l'ergothérapie en promotion de la santé.

Si vous êtes intéressés à participer à l'étude ou si vous désirez obtenir des renseignements additionnels, veuillez contacter madame Marie-Hélène Lévesque erg., étudiante-chercheure par courriel ou par téléphone aux coordonnées indiquées plus bas.

Ce projet est réalisé sous la responsabilité de Pre Mélanie Levasseur, erg., Ph. D., professeure agrégée à l'Université de Sherbrooke. Le projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité] (# projet : MP-31-2018-2482).

Marie-Hélène Lévesque

Ergothérapeute et candidate à la maîtrise en sciences de la santé

[Signature et coordonnées de la chercheuse retirées à des fins de confidentialité]

**ANNEXE 4****Demande de convenance – CIUSSS**

[nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité]

Québec, le 20 février 2018

**Objet : Demande de convenance pour le CIUSSS [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité] pour le projet intitulé « Accompagner et documenter la préimplantation du *Lifestyle Redesign*® en milieu communautaire québécois : une recherche-action ».**

Bonjour,

Je suis étudiante-chercheuse à l'Université de Sherbrooke et j'aimerais solliciter la collaboration du CIUSSS [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité] pour la réalisation d'un projet de recherche portant sur la préimplantation de la version québécoise du *Lifestyle Redesign*®.

Développé et expérimenté aux États-Unis, le *Lifestyle Redesign*® est une intervention d'ergothérapie préventive qui a pour objectif le développement d'un mode de vie sain et personnellement signifiant chez les aînés habitant dans la communauté. Novatrice et efficace, cette intervention reçoit un appui favorable et un intérêt grandissant de la part des chercheurs, des cliniciens et des gestionnaires, et ce, en raison des évidences scientifiques indiquant une réduction des dépenses associées à l'utilisation des soins et des services de santé ainsi qu'une amélioration significative du fonctionnement, de la santé et de la qualité de vie des aînés. Selon des ergothérapeutes consultés dans le cadre d'une étude québécoise, l'intégration du *Lifestyle Redesign*® aux services de première ligne comporte un vaste éventail de retombées potentielles incluant a) une réduction des délais de prise en charge en ergothérapie pour des besoins non urgents, b) une augmentation du nombre de personnes desservies (modalité de groupe), c) une utilisation responsable et mieux ciblée des ressources professionnelles c) une amélioration de la satisfaction des usagers et d) une meilleure connaissance des usagers quant aux ressources disponibles dans la communauté et aux déterminants de la santé, favorisant ainsi leur maintien à domicile. Récemment traduit et adapté au contexte québécois, le *Lifestyle Redesign*® représente non seulement une avenue prometteuse pour soutenir la santé et le mieux-être de la population âgée, mais également un moyen d'actualiser plusieurs politiques et plans stratégiques en santé.

Dans le cadre du présent projet de recherche, nous souhaitons impliquer des ergothérapeutes travaillant auprès d'aînés habitant dans la communauté (missions CLSC, centre de jour et GMF). Plus spécifiquement, nous souhaitons l'implication de sept ergothérapeutes de votre établissement pour prendre part à une activité de formation continue sur le *Lifestyle Redesign* ainsi qu'à la collecte des données. En participant à ce projet de recherche, votre établissement contribue au développement des compétences de son personnel et à la mise en œuvre d'interventions innovantes en santé. Ce projet se veut aussi une opportunité de positionner votre organisation comme un chef de file dans le domaine émergent de la promotion de la santé tout en contribuant à sa mission universitaire.

Plus précisément, nous souhaiterons avoir accès aux ressources humaines suivantes

<b>Personnes participantes</b>	<b>Nature des activités et temps estimé</b>	<b>Période envisagée</b>	<b>Temps estimé pour l'ergothérapeute</b>
Sept ergothérapeutes répartis selon les secteurs suivants :  [noms des secteurs retirés à des fins de confidentialité]	<b>Rencontre initiale</b> (incluant information sur le projet, signature du formulaire de consentement et prétests)	Mi-mars 2018	2h
	<b>Formation sur le <i>Lifestyle Redesign</i>®</b> (incluant post-tests)	Début avril 2018	1,5 jour (10.5 h)
	<b>Groupes de discussion focalisée</b>	Fin avril - début mai 2018	6h (2 x 3h)
<b>Total par ergothérapeute : 18,5 heures</b>			

Afin de faciliter la diffusion de l'information auprès de vos équipes, vous trouverez ici-bas une suggestion de message d'introduction (à adapter) ainsi qu'un courriel à transmettre aux ergothérapeutes des missions concernées en indiquant en objet : « Invitation à participer à un projet de recherche sur le *Lifestyle Redesign*® »

### **Message d'introduction (à adapter)**

Bonjour,

Dans le cadre de la réalisation de sa mission universitaire, le CIUSSS [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité] a autorisé la participation de XX ergothérapeutes des missions CLSC (SAPA), centre de jour et GMF pour prendre part à un projet de recherche portant sur la préimplantation du *Lifestyle Redesign* : une intervention ergothérapique de promotion de la santé. Vous trouverez ci-dessous l'invitation à participer à ce projet de recherche incluant la description de ce dernier et l'implication attendue.

Merci de signifier votre intérêt à participer à madame Marie-Hélène Lévesque erg., étudiante-chercheuse par courriel ou par téléphone aux coordonnées indiquées plus bas, et ce, avant le 16 mars 2018.

Cordialement,

[Signature]





Cher(ère) collègue ergothérapeute,

Je mène actuellement un projet de recherche comme étudiante-chercheuse à l'Université de Sherbrooke et j'aimerais vous inviter à participer à mon projet intitulé « Accompagner et documenter la préimplantation du *Lifestyle Redesign*® en milieu communautaire québécois : une recherche-action ». Cette invitation vous est transmise à la suite d'une entente auprès de votre employeur parce que vous exercez au CIUSSS ou au CISSS [noms des établissements partenaires retirés à des fins de confidentialité] auprès d'ainés habitant dans la communauté.

L'objectif général de ce projet de recherche est de mettre en place les conditions nécessaires à une implantation réussie du *Lifestyle Redesign*® en milieu clinique.

Développé aux États-Unis et récemment traduit en français, le *Lifestyle Redesign*® est une intervention d'ergothérapie préventive novatrice et efficace qui a pour objectif le développement d'un mode de vie sain et personnellement signifiant chez les aînés habitant dans la communauté. Élaboré sur le thème central de la santé à travers l'occupation, le *Lifestyle Redesign*® combine une approche de groupe à un suivi individuel permettant aux aînés d'acquérir des connaissances, de réfléchir à leurs choix occupationnels et d'expérimenter de nouvelles activités afin d'atteindre une vie plus saine.

La pertinence du *Lifestyle Redesign*® repose non seulement sur sa contribution à améliorer la santé et le mieux-être de la population âgée, mais aussi sur son potentiel d'étendre la portée et l'impact des interventions en ergothérapie dans le domaine de la promotion de la santé.

Dans le cadre de cette étude, trois volets nécessitent votre participation :

1. une rencontre d'information d'une durée de 2h incluant trois questionnaires à compléter
2. une formation d'une journée et demie sur le *Lifestyle Redesign*® combinant de l'enseignement magistral et en ligne
3. deux groupes de discussion d'une durée respective de 3h

À noter que la formation en français du *Lifestyle Redesign*® (valeur de 210 \$US) ainsi que le dîner et les collations lors de la journée de formation vous seront offerts gratuitement à titre de reconnaissance pour votre implication au projet de recherche.

Par ailleurs, en participant à cette recherche, vous contribuez à une meilleure compréhension des facteurs susceptibles d'influencer l'implantation du *Lifestyle Redesign*® en milieu clinique. Le fait de participer à cette recherche vous offre également une opportunité de formation continue, en plus d'un moment d'échange et de réflexion dans le domaine émergent de l'ergothérapie en promotion de la santé.

Si vous êtes intéressés à participer à l'étude ou si vous désirez obtenir des renseignements additionnels, veuillez contacter madame Marie-Hélène Lévesque erg., étudiante-chercheure par courriel ou par téléphone aux coordonnées indiquées plus bas.

Ce projet est réalisé sous la responsabilité de Pre Mélanie Levasseur, erg., Ph. D., professeure agrégée à l'Université de Sherbrooke. Le projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS [nom de l'établissements retiré à des fins de confidentialité] (# projet : MP-31-2018-2482).

Marie-Hélène Lévesque

Ergothérapeute et candidate à la maîtrise en sciences de la santé

[Signature et coordonnées de la chercheuse retirées à des fins de confidentialité]

**ANNEXE 5****Message à diffuser par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec**

## Premier envoi

[Les ergothérapeutes ciblés pour la transmission de ce courriel sont des cliniciens travaillant auprès d'aînés en clinique privée et ceux rattachés au CIUSSS ou au CISSS [noms des établissements partenaires retirés à des fins de confidentialité] dans l'une des missions suivantes : CLSC, Centre de jour, GMF-UMF-Clinique médicale ; Groupe communautaire et associatif.]



### Objet : Invitation à participer à une étude sur le *Lifestyle Redesign*®.

Bonjour,

Vous souhaitez contribuer à étendre la portée de la pratique ergothérapique dans le domaine de la promotion de la santé auprès d'aînés ou encore participer à la mise en œuvre d'une intervention innovante ? Si ces idées font écho à votre pratique, vous pourriez participer à une étude portant sur la phase de préimplantation de la version québécoise du *Lifestyle Redesign*®.

Développé aux États-Unis et récemment traduit en français, le *Lifestyle Redesign*® est une intervention d'ergothérapie préventive novatrice et efficace qui a pour objectif le développement d'un mode de vie sain et personnellement signifiant chez les aînés vivant dans la communauté. Élaboré sur le thème central de la santé à travers l'occupation, le *Lifestyle Redesign*® combine une approche de groupe à un suivi individuel permettant aux aînés d'acquérir des connaissances, de réfléchir à leurs choix occupationnels et d'expérimenter de nouvelles activités afin d'atteindre une vie plus saine.

Vous êtes admissible à cette étude si vous : **1)** êtes ergothérapeute, **2)** avez un intérêt pour les interventions de prévention et de promotion de la santé auprès d'aînés habitant dans la communauté, **3)** vous exprimez en français (oral et écrit) et **4)** êtes disponible en personne pour participer à une formation d'une journée et demie au début avril 2018 et à la collecte de données dans la région de [nom de la région retiré à des fins de confidentialité].

Si vous êtes intéressés à participer à l'étude ou si vous désirez obtenir des renseignements additionnels, veuillez contacter madame Marie-Hélène Lévesque erg., étudiante-chercheuse par courriel ou par téléphone [coordonnées de la chercheuse retirées à des fins de confidentialité], et ce, avant le 16 mars 2018.

Marie-Hélène Lévesque

Ergothérapeute et candidate à la maîtrise en sciences de la santé

Université de Sherbrooke – campus de Longueuil

[Coordonnées de la chercheuse retirées à des fins de confidentialité]

### Courriel de rappel

[À envoyer 10 jours ouvrables après l'envoi du courriel initial. Les ergothérapeutes ciblés pour la transmission de ce courriel sont des cliniciens travaillant auprès d'âînés en clinique privée et ceux rattachés au CIUSSS ou au CISSS [noms des établissements partenaires retirés à des fins de confidentialité] dans l'une des missions suivantes : CLSC, Centre de jour, GMF-UMF-Clinique médicale ; Groupe communautaire et associatif.]



### Objet : RAPPEL-invitation à participer à une étude sur le *Lifestyle Redesign*®.

Chers(ères) collègues ergothérapeute,

Il est encore temps de vous inscrire pour participer à l'étude sur le *Lifestyle Redesign*® pour laquelle vous avez récemment été sollicités.

Si vous souhaitez étendre la portée de la pratique ergothérapique dans le domaine de la promotion de la santé auprès d'âînés ou encore contribuer à la mise en œuvre d'une intervention innovante, vous pourriez participer à cette étude portant sur la phase de préimplantation de la version québécoise du *Lifestyle Redesign*®.

Vous êtes admissible à cette étude si vous : **1)** êtes ergothérapeute, **2)** avez un intérêt pour les interventions de prévention et de promotion de la santé auprès d'âînés habitant dans la communauté, **3)** vous exprimez en français (oral et écrit) et **4)** êtes disponible en personne pour participer à une formation d'une journée et demie au début avril 2018 et à la collecte de données dans la région de [nom de la région retiré à des fins de confidentialité].

Si vous êtes intéressés à participer à l'étude ou si vous désirez obtenir des renseignements additionnels, veuillez contacter madame Marie-Hélène Lévesque erg., étudiante-chercheuse par courriel ou par téléphone [coordonnées de la chercheuse retirées à des fins de confidentialité], et ce, avant le 16 mars 2018.

Marie-Hélène Lévesque

Ergothérapeute et candidate à la maîtrise en sciences de la santé

Université de Sherbrooke – campus de Longueuil

[Coordonnées de la chercheuse retirées à des fins de confidentialité]

**ANNEXE 6**

**Annonce Facebook sur la page du groupe « Ergothérapie Québec »**



Vous souhaitez contribuer à étendre la portée de la pratique ergothérapique dans le domaine de la promotion de la santé auprès d'âînés ou encore participer à la mise en œuvre d'une intervention innovante ? Si ces idées font écho à votre pratique, vous pourriez participer à une étude portant sur la phase de préimplantation de la version québécoise du *Lifestyle Redesign*®.

Vous êtes admissible à cette étude si vous: **1)** êtes ergothérapeute, **2)** avez un intérêt pour les interventions de prévention et de promotion de la santé auprès d'âînés habitant dans la communauté, **3)** êtes capables de vous exprimer en français (oral et écrit) et **4)** êtes disponible en personne pour participer à une formation d'une journée et demie à la mi-avril 2018 et à la collecte de données dans la région de [nom de la région retiré à des fins de confidentialité].

Si vous êtes intéressés à participer à l'étude ou si vous désirez obtenir des renseignements additionnels, veuillez contacter madame Marie-Hélène Lévesque erg., étudiante-chercheuse par courriel ou par téléphone [coordonnées de la chercheuse retirées à des fins de confidentialité], et ce, avant le 16 mars 2018.

**ANNEXE 7**

**Annonce Facebook sur la page « Ergo Maîtrise 2017-2018 »**





Vous souhaitez contribuer à étendre la portée de la pratique ergothérapique dans le domaine de la promotion de la santé auprès d'âînés ou encore participer à la mise en œuvre d'une intervention innovante ? Si ces idées font écho à vos ambitions professionnelles, vous pourriez participer à une étude portant sur la phase de préimplantation de la version québécoise du *Lifestyle Redesign*®.

Vous êtes admissible à cette étude si vous: **1)** êtes finissant en ergothérapie de l'Université Laval, **2)** avez un intérêt pour les interventions de prévention et de promotion de la santé auprès d'âînés habitant dans la communauté, **3)** êtes capables de vous exprimer en français (oral et écrit) et **4)** êtes disponible en personne pour participer à une formation d'une journée et demie à la mi-avril 2018 et à la collecte de données dans la région de [nom de la région retiré à des fins de confidentialité].

Si vous êtes intéressés à participer à l'étude ou si vous désirez obtenir des renseignements additionnels, veuillez contacter madame Marie-Hélène Lévesque erg., étudiante-chercheuse par courriel ou par téléphone [coordonnées de la chercheuse retirées à des fins de confidentialité], et ce, avant le 16 mars 2018.

**ANNEXE 8****Formulaire d'information et de consentement à la recherche**

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE

**Titre du projet:** Accompagner et documenter la préimplantation du *Lifestyle Redesign*® en milieu communautaire québécois : une recherche-action

**Numéro de projet :** MP-31-2018-2482

**Organisme subventionnaire** Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS)  
Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)  
Réseau québécois de recherche sur le vieillissement (RQRV)

**Chercheuses principales** **Marie-Hélène Lévesque**, erg., M. Erg., candidate à la maîtrise de recherche en sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke

☐ **Mélanie Levasseur**, erg., Ph. D., Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke

### POUR INFORMATION

**Du lundi au vendredi entre 8h30 et 16h30, vous pouvez communiquer avec :**

Marie-Hélène Lévesque [coordonnées de la chercheuse retirées à des fins de confidentialité]  
Étudiante-chercheuse

Mélanie Levasseur [coordonnées de la directrice retirées à des fins de confidentialité]  
Directrice de recherche

**En tout temps, vous pouvez communiquer par courriel avec :**

Marie-Hélène Lévesque [coordonnées de la chercheuse retirées à des fins de confidentialité]  
Étudiante-chercheuse

Mélanie Levasseur [coordonnées de la directrice retirées à des fins de confidentialité]  
Directrice de recherche

## PRÉAMBULE

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de maîtrise de Marie-Hélène Lévesque, étudiante au programme de recherche en science de la santé et dirigé par Mélanie Levasseur, professeure agrégée à l'École de réadaptation de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que vous travaillez comme ergothérapeute auprès d'âînés habitant dans la communauté, êtes finissant en ergothérapie ou avez déjà manifesté un intérêt envers le *Lifestyle Redesign*®. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Si vous acceptez de participer au projet de recherche, vous devrez signer le formulaire de consentement à la fin du présent document et nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les risques et inconvénients ainsi que les avantages, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Il peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions nécessaires au chercheur responsable du projet ou aux autres personnes affectées au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

## NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Ce projet s'inscrit dans une approche de recherche-action, laquelle implique une démarche collaborative entre les participants et l'équipe de recherche en vue de produire des connaissances et d'améliorer la pratique, notamment en intégrant des interventions préventives au continuum de soins et de services en santé.

L'objectif général de ce projet de recherche est d'accompagner des ergothérapeutes travaillant auprès d'âînés dans la communauté et des finissants en ergothérapie à s'approprier et à préparer l'implantation du *Lifestyle Redesign*® dans les milieux cliniques québécois. Plus spécifiquement, cette étude cherche à valider et à bonifier la formation récemment traduite du *Lifestyle Redesign*® et à cerner son effet sur les connaissances et l'intention des ergothérapeutes à apporter de changements à leur pratique. La présente étude vise également à documenter la faisabilité ainsi que les facilitateurs et les obstacles à la mise en œuvre du *Lifestyle Redesign*® dans différents milieux cliniques.

Pour la réalisation de ce projet, nous comptons recruter des finissants en ergothérapie de l'Université Laval ainsi que des ergothérapeutes volontaires issus de cliniques privées et du réseau public de santé et de services sociaux.

## DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Dans le cadre de cette étude, trois volets nécessitent votre participation :

Premièrement, vous assisterez à une rencontre d'information en groupe d'une durée approximative de deux heures avec l'étudiante-chercheuse. Pendant cette rencontre, nous procéderons à la signature du formulaire d'information et de consentement ainsi qu'aux prétests. Concrètement vous aurez à remplir un bref questionnaire concernant votre profil en tant que participant (10 min), ainsi que deux prétests (1,5 h).

Deuxièmement, vous participerez à une formation d'une journée et demie sur le *Lifestyle Redesign*®. Cette formation sera offerte en présentiel à [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité] sur deux journées consécutives, incluant une portion d'une heure complétée en ligne et individuellement. À la suite de la formation, vous serez invités à remplir deux post-tests (1,5 h).

Troisièmement, vous serez invités à prendre part à deux rencontres de groupe en présentiel d'une durée de 3 heures chacune qui se dérouleront à deux semaines d'intervalle à [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité]. Ces rencontres seront enregistrées sur bandes audionumériques.

Au total, l'implication demandée représente 18,5 heures et requiert de vous déplacer à 5 reprises sur une période d'environ 2 mois.

### **RISQUES OU INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE**

Il est possible que le temps requis pour participer à la formation et aux groupes de discussion soit considéré comme un inconvénient. Il est aussi possible que vous ressentiez un malaise d'interagir avec d'autres personnes ou encore que les échanges mènent à une confrontation de perspectives parmi les participants. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec l'étudiante-chercheur.

### **AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE**

Le fait de participer à cette recherche vous offre une opportunité de formation continue sur une intervention novatrice en matière de promotion de la santé. Cela représente également un moment d'échanges et de réflexion dans le domaine émergent de la promotion de la santé.

En tant que collaborateurs sur le projet, vous aurez également l'occasion de contribuer, selon votre intérêt, à différentes étapes du processus de recherche et, par le fait même, d'en apprendre davantage sur le sujet. Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons pas le garantir. Par ailleurs, les informations découlant de ce projet de recherche pourraient contribuer à l'avancement des connaissances concernant l'implantation du *Lifestyle Redesign*® dans les milieux cliniques québécois.

### **PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT**

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur votre relation avec l'équipe de recherche.

Le chercheur responsable de ce projet de recherche, le comité d'éthique de la recherche, l'organisme subventionnaire peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore s'il existe des raisons administratives

d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez du projet ou êtes retiré du projet, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait avoir un effet sur votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée rapidement.

## **CONFIDENTIALITÉ**

### *Cueillette – Fins pour lesquelles des renseignements personnels sont demandés*

Durant votre participation à ce projet de recherche, l'étudiante-chercheure recueillera, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche.

### *Cueillette – Quels renseignements personnels sont demandés*

Ces renseignements peuvent comprendre les informations telles votre nom, votre âge, votre genre, votre formation de base, votre expérience comme ergothérapeute, votre pratique professionnelle actuelle, votre perception quant à l'implantation du *Lifestyle Redesign®* ainsi que des données tirées des questionnaires et des groupes de discussion. À noter que le contexte collaboratif de la recherche-action entraîne une responsabilité partagée quant au respect de l'anonymat et au maintien de la confidentialité. L'étudiante-chercheure ne peut donc pas garantir l'engagement et la discrétion des autres participants afin de préserver la confidentialité.

### *Conservation des renseignements/données – Protection*

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. En cohérence avec l'article 5.1 de l'Énoncé de politique des trois Conseils: éthique de la recherche avec des êtres humains, l'étudiante-chercheure s'engage à observer son devoir de protection des renseignements. Concrètement, les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des informations recueillies et préserver votre identité :

- Les divers documents de la recherche seront codifiés et seules l'étudiante-chercheure et sa directrice de recherche auront accès à la liste maîtresse reliant votre nom à votre numéro de code;
- La mise en place d'un cadre et un rappel de ce dernier sera effectué au début de chacun des deux groupes de discussion afin de créer un espace sécuritaire et de rappeler les règles, les devoirs, les responsabilités et les engagements de chacun en matière de confidentialité ;
- Les données recueillies seront utilisées uniquement à des fins de recherche et dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrit dans le formulaire d'information et de consentement ;
- Les données et les publications relatives à ce projet de recherche seront dénominalisées et un souci constant sera accordé à ce qu'aucun des participants ne puisse être identifié directement;
- Les documents papier et les formulaires d'information et de consentement seront conservés séparément dans le bureau de l'étudiante-chercheure (H- 520) au Centre

interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS). Les enregistrements sonores de format numérique et les transcriptions des discussions seront enregistrés dans les ordinateurs sécurisés de la directrice de recherche et de l'étudiante-chercheuse qui sont protégés par un mot de passe. L'accès aux documents sera restreint à l'étudiante-chercheuse et à la directrice de recherche ;

- Les participants qui le souhaitent pourront recevoir une copie électronique des résultats de la recherche, des publications et des communications qui seront effectuées en lien avec ce projet. Pour ce faire, les participants devront en faire la demande en indiquant l'adresse courriel où ils aimeraient recevoir les documents, juste avant l'espace prévu pour leur signature.

#### Durée de conservation

Les données personnelles (nom, adresse, numéro de téléphone) ainsi que la liste des participants de la recherche seront détruites cinq ans après la fin de la collecte qui devrait se terminer en 2018. Les enregistrements sonores, de format numérique, seront détruits un an après la fin de la collecte de donnée et les transcriptions des groupes de discussion seront détruites après 10 ans. Seules les données ne permettant pas de vous identifier pourront être conservées par la directrice de recherche pour une durée de 25 ans. Les données pourraient aussi servir pour d'autres analyses reliées au projet ou pour l'élaboration de projets de recherches futurs.

#### Diffusion des résultats

Les résultats de recherche pourront être publiés ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

#### Droit d'accès pour des fins de contrôle et sécurité

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection et de sécurité votre dossier de recherche pourra être consulté par le représentant de l'établissement ou du comité d'éthique de la recherche. Ces personnes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin.

### **COMPENSATION**

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche ni pour les frais de déplacement occasionnés. Cependant, la formation en français sur le *Lifestyle Redesign*® (valeur de 210\$ US), le dîner et les collations lors de la journée de formation ainsi que le stationnement à l'IRD PQ vous seront offerts gratuitement.

### **EN CAS DE PRÉJUDICE**

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas le chercheur responsable de ce projet de recherche, l'organisme subventionnaire et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

### **FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE**

L'étudiante-chercheuse a reçu des fonds de l'organisme subventionnaire FRQS et sa directrice des IRSC pour mener à bien ce projet de recherche.

### **PERSONNES-RESSOURCES**

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec Marie-Hélène Lévesque, étudiante-chercheuse. Vous pouvez également contacter la responsable de cette étude, Pre Mélanie Levasseur, erg. Ph. D., SVP vous référer à l'encadré de la page 1.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez communiquer avec le Bureau des plaintes et de la qualité des services du CIUSSS au numéro suivant : [nom et coordonnées de l'établissement retirés à des fins de confidentialité].

### **SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES**

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité] a approuvé le projet et assurera le suivi du projet, pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec participants.

Si vous désirez rejoindre l'un des membres de ce comité, vous pouvez communiquer avec le Service de soutien à l'éthique de la recherche du CIUSSS au numéro [nom et coordonnées de l'établissement retirés à des fins de confidentialité].

### **REMERCIEMENTS**

Votre implication est précieuse pour permettre la réalisation de cette étude. Nous vous remercions d'y participer et de contribuer à l'avancement des connaissances et de la pratique en ergothérapie.

Si vous le souhaitez, il nous fera plaisir de vous faire parvenir une copie électronique des résultats de la recherche, des publications et des communications liées au projet.

L'adresse à laquelle je souhaite recevoir les documents est la suivante :

---

### **CONSENTEMENT**

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

---

***Nom du participant***  
(lettres moulées)

***Signature du participant***

***Date***



**ÉTUDES ULTÉRIEURES**

Il se peut que les résultats obtenus à la suite de cette étude donnent lieu à un autre projet de recherche. Dans cette éventualité, autorisez-vous les chercheurs principaux de ce projet à vous contacter pour vous demander si vous seriez intéressé(e) à participer à une nouvelle recherche ?

Oui    ☐       Non    ☐

Notez que si vous désirez retirer votre autorisation par la suite, vous pourrez le faire en tout temps en contactant Mélanie Levasseur au numéro de téléphone suivant : [coordonnées de la directrice retirées à des fins de confidentialité].

**SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI A OBTENU LE CONSENTEMENT**

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

---

*Nom de la personne qui  
obtient le consentement  
(lettres moulées)*

*Signature*

*Date*

**ANNEXE 9**  
**Premier guide d'entretien**

### **Introduction (15 min)**

Bienvenue à cette première rencontre de groupe d'une durée approximative de 3h incluant 15 minutes de pauses. Je veux d'abord vous remercier pour votre ouverture et votre intérêt envers ce projet. Pendant la rencontre, vous aurez l'opportunité d'échanger avec d'autres ergothérapeutes au sujet du *Lifestyle Redesign*®.

Concrètement, la discussion d'aujourd'hui est structurée autour de deux grands thèmes. Le premier a trait à la formation du *Lifestyle Redesign*® (40 min). Le deuxième thème abordera la faisabilité d'une éventuelle implantation dans vos milieux cliniques respectifs (90 min).

### **Explication concernant le cadre de la rencontre**

- Avant de débiter, je souhaite vous rappeler que votre participation à ce projet de recherche est entièrement volontaire. Vous êtes libre de mettre un terme à votre implication à tout moment sans risque de recevoir toute forme de pression ou de préjudice.
- Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponses ; seules votre opinion et vos idées importent. Un consensus n'est pas visé et les différents avis sont bienvenus. Donc sentez-vous bien à l'aise de partager votre point de vue et si des divergences de perspectives se produisent et je vous encourage à en faire part au groupe.
- Afin de favoriser le bon déroulement de la discussion, je vous demande de prendre la parole une personne à la fois et de respecter les opinions de chacun.
- En lien avec les propos tenus dans le groupe, il est aussi attendu que vous mainteniez la confidentialité et l'anonymat des personnes qui composent ce groupe.
- Je vous rappelle qu'afin de faciliter la prise de notes, vos propos seront enregistrés sur bandes audionumériques. Ces enregistrements seront tenus confidentiels et ne serviront qu'à des fins d'analyse.
- Avez-vous des questions avant de débiter la discussion ? [Répondre aux questions à la satisfaction des participants.] Êtes-vous prêts à débiter la discussion de groupe ?

### **Présentation des participants**

Vous connaissez ma directrice de recherche, Pre Mélanie Levasseur, qui agira à titre d'observatrice et réalisera une synthèse de la rencontre. Par ailleurs, afin de faciliter les échanges, nous vous avons remis un carton avec votre ton et votre milieu de travail, que nous vous invitons à placer devant vous et à conserver pour le prochain groupe de discussion.

[Mettre en fonction l'enregistreur audionumérique ici et vérifier son fonctionnement]  
DÉBUT DU GROUPE DE DISCUSSION.

Premier forum de discussion : « Accompagner et documenter la préimplantation du *Lifestyle Redesign*® en milieu communautaire québécois : un projet pilote ».

Notes en lien avec la réalisation du groupe de discussion :

- L'étudiante-chercheure s'assurera que chaque participant a l'occasion de partager ses idées et ses opinions.
- L'étudiante-chercheure assumera les fonctions d'animation dans un style de leadership facilitateur permettant l'approfondissement et la clarification des propos des participants

### **Début du groupe de discussion (2h30 incluant 20 minutes de pause)**

#### **Section 1 : Retour sur la formation reçue (40 min)**

- 1.1 Parlez-moi de vos premières impressions au sujet de la formation du *Lifestyle Redesign*®
  - 1.1.1 Parlez-moi de votre satisfaction par rapport à la formation du *Lifestyle Redesign*®?
- 1.2 Parlez-moi du contenu de la formation du *Lifestyle Redesign*® ?
  - 1.2.1 Comment le contenu de la formation vous apparaît-il adapté au contexte québécois ?
  - 1.2.2 Comment le contenu de la formation vous apparaît-il utile à votre pratique ?
- 1.3 Parlez-moi de la formule de la formation du *Lifestyle Redesign*® ?
  - 1.3.1 Que pensez-vous de la formule en présentiel ?
  - 1.3.2 Que pensez-vous de la formule en ligne ?
  - 1.3.3 Que pensez-vous du temps accordé aux présentations par rapport à la discussion
- 1.4 Quels sont, s'il y a lieu, les aspects positifs de la formation ?
- 1.5 Comment la formation a-t-elle influencé, s'il y a lieu, votre perception du *Lifestyle Redesign*® ?
- 1.6 Comment la formation a-t-elle influencé, s'il y a lieu, votre intérêt envers le *Lifestyle Redesign*® ?
- 1.7 Jusqu'à quel point sentez-vous que la formation, s'il y a lieu, vous a bien préparé à une éventuelle implantation du *Lifestyle Redesign*® ?
- 1.8 Comment la formation du *Lifestyle Redesign*® a-t-elle contribué, s'il y a lieu, à votre développement professionnel ?
  - 1.8.1 Que reprenez-vous, s'il y a lieu, de la formation ?
  - 1.8.2 Donnez-moi un exemple précis d'un apprentissage, s'il y a lieu, que vous avez fait dans le cadre de la formation ?
- 1.9 Afin de mieux répondre à vos besoins, quels éléments de la formation devraient, s'il y a lieu, être améliorés ou ajustés ?  
 [Formulations alternatives :]  
 Quelles seraient, s'il y a lieu, vos suggestions d'amélioration pour la formation ?  
 [Questions d'approfondissement, au besoin]
  - 1.9.1 Quels sont les aspects manquants, s'il y a lieu, de la formation ?
- 1.10 Quels sont les éléments importants au sujet de la formation du *Lifestyle Redesign*® qui, s'il y a lieu, n'ont pas été mentionnés et que vous aimeriez aborder ?

#### **Section 2 Exploration de la faisabilité (90 min)**

- 2,1 Quels sentiments vous habitent lorsque vous pensez à offrir le *Lifestyle Redesign* dans votre milieu ?  
 [Formulation alternative] :  
 Comment vous sentez-vous par rapport à une éventuelle implantation du *Lifestyle Redesign* dans votre milieu ?
- 2,2 Comment percevez-vous la faisabilité d'implanter le *Lifestyle Redesign*® à votre pratique ?
- 2,3 Jusqu'à quel point le *Lifestyle Redesign*® vous apparaît-il compatible avec :  
 - les valeurs de votre milieu ?  
 - les normes en vigueur dans votre milieu ?
- 2,4 En ayant en tête les mandats, les dossiers et les cibles prioritaires de votre organisation, jusqu'à quel point offrir le *Lifestyle Redesign*® vous apparaît-il important ?  
 [Formulation alternative] : Lorsque vous pensez aux priorités de votre organisation, jusqu'à quel point le fait d'offrir le *Lifestyle Redesign*® vous apparaît-il important ?
- 2,4 Dans votre milieu, parlez-moi des ressources sur lesquelles vous pourriez compter pour offrir le *Lifestyle Redesign*® ?  
 [Questions d'approfondissement, au besoin]
- 2.4.1 Parlez-moi des ressources humaines (ex. partenaires, collaborateurs, coanimateur, bénévoles, etc.).
- 2.4.2 Parlez-moi des ressources matérielles (ex. locaux, équipements, matériel).
- 2.4.3 Parlez-moi du temps disponible.
- 2,5 Quels défis entrevoyez-vous quant à l'obtention des ressources ?
- 2,6 Dans votre milieu, qui seraient les personnes d'influence à interpeller pour implanter *Lifestyle Redesign*® ?  
 [Questions d'approfondissement, au besoin]
- 2.6.1 Quelle fonction ces personnes occupent-elles
- 2,7 Comment percevez-vous la complexité de l'intervention ?
- 2.7.1 Parlez-moi de la durée de l'intervention.
- 2.7.2 Parlez-moi de la fréquence des rencontres.
- 2.7.3 Parlez-moi des modalités proposées.
- 2,8 Quels contextes de pratique vous apparaissent optimaux pour offrir le *Lifestyle Redesign*® ?  
 [Question d'approfondissement, au besoin]
- 2.8.1 Comment les caractéristiques de ces milieux influenceraient-elles, s'il y a lieu, positivement l'implantation du *Lifestyle Redesign*® ?
- 2,9 Quels éléments pourraient favoriser la participation des aînés au *Lifestyle Redesign*® ?
- 2,10 Quels éléments pourraient freiner la participation des aînés au *Lifestyle Redesign*® ?
- 2,11 Jusqu'à quel point le fait d'offrir le *Lifestyle Redesign*® vous apparaît-il nécessaire afin de répondre aux besoins de votre clientèle ?
- 2,12 Comment le *Lifestyle Redesign*® permettrait-il de répondre aux besoins de la clientèle âgée ?
- 2,13 Afin de mieux répondre aux besoins de votre clientèle, quels éléments de l'intervention devraient, s'il y a lieu, être améliorés ou ajustés ?

- 2.13.1 Quels modules ou activités vous apparaissent plus pertinents au regard de votre pratique ?  
 [Questions d'approfondissement, au besoin]
- 2.13.1.1 Pour quelles raisons ces modules ou activités vous semblent plus porteurs ?
- 2.14 Selon vous, quels seraient les effets d'intégrer le *Lifestyle Redesign*® à votre offre de services ?
- 2.14.1 Parlez-moi des effets pour les clients.
- 2.14.2 Parlez-moi des effets pour les ergothérapeutes.
- 2.14.3 Parlez-moi des effets pour l'organisation et les services.
- 2.15 Y a-t-il des éléments importants concernant la faisabilité d'implanter le *Lifestyle Redesign*® qui n'ont pas été mentionnés et que vous aimeriez aborder ?

### **Conclusion (5-7 min)**

- La directrice de recherche fera une synthèse des principales tendances et des idées énoncées lors de la discussion.

### Fin de la rencontre (5 min)

- Remercier les participants pour leur temps à prendre part au groupe de discussion de même que pour leur ouverture à transmettre leurs points de vue en groupe.
- Annoncer le thème du prochain forum de discussion et choisir la date de la prochaine rencontre.

Remerciements et salutations.

**ANNEXE 10**  
**Deuxième guide d'entretien**

### **Introduction (5-10 min)**

Bienvenue à cette deuxième rencontre de groupe d'une durée approximative de 3h incluant 10 minutes de pauses. Je veux à nouveau vous remercier pour l'intérêt et le temps consacré au projet. Afin de soutenir les échanges et d'approfondir les éléments discutés lors du dernier groupe, la rencontre d'aujourd'hui inclura de brèves présentations théoriques sur le rôle d'agent de changement social et quelques activités individuelles. Ultimement, l'objectif est d'identifier des facilitateurs et des obstacles à l'implantation du *Lifestyle Redesign*® ainsi que des actions concrètes à entreprendre pour déployer l'intervention dans les milieux cliniques.

### **Explication concernant le cadre de la rencontre**

- Avant de débiter, je souhaite vous rappeler que votre participation à ce projet de recherche est entièrement volontaire. Vous êtes libre de mettre un terme à votre implication à tout moment sans risque de recevoir toute forme de pression ou de préjudice.
- Tout comme la dernière fois, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponses ; seules votre opinion et vos idées importent. Un consensus n'est pas visé et les différents avis sont bienvenus. Donc, si des divergences de perspectives se produisent et je vous encourage à en faire part au groupe.
- Les mêmes règles de fonctionnement s'appliquent afin de favoriser le déroulement de la discussion. C'est-à-dire que je vous demande de prendre la parole une personne à la fois et de respecter les opinions de chacun. D'ailleurs, j'aimerais souligner que l'apport de chaque participant est très important, et ce, peu importe leur expérience professionnelle.
- Je vous rappelle qu'en lien avec les propos tenus dans le groupe, il est aussi attendu que vous mainteniez la confidentialité et l'anonymat des personnes qui composent ce groupe.
- Je vous rappelle qu'afin de faciliter la prise de notes, vos propos seront enregistrés sur bandes audionumériques. Ces enregistrements seront tenus confidentiels et ne serviront qu'à des fins d'analyse.
- Avez-vous des questions avant de débiter la discussion ? [Répondre aux questions à la satisfaction des participants.] Êtes-vous prêts à débiter la discussion de groupe ?

[Mettre en fonction l'enregistreur audionumérique ici et vérifier son fonctionnement]

### **DÉBUT DU GROUPE DE DISCUSSION.**

Deuxième forum de discussion : « Accompagner et documenter la préimplantation du *Lifestyle Redesign*® en milieu communautaire québécois : un projet pilote ».



[Présentation du rôle d'agent de changement social (ACS) et du modèle de planification des actions d'advocacy systémique (annexe 31)]

## **Section 1 : Déterminer les objectifs**

[Exercice individuel de détermination d'objectifs et de moyens (annexe 31) puis partage en groupe à partir des questions suivantes :]

1.1 En vue d'implanter le *Lifestyle Redesign*®, parlez-moi des objectifs spécifiques et des moyens pour les atteindre?

[Formulation alternative]

Similairement à un plan d'intervention ou à un plan d'affaires, quels seraient vos objectifs et vos moyens pour implanter le *Lifestyle Redesign*® à la pratique ?

[Question d'approfondissement]

Quels seraient les objectifs à entreprendre à court terme?

(Demander de préciser au besoin l'aspect temporel)

Quels seraient les objectifs à entreprendre à moyen terme?

(Demander de préciser au besoin l'aspect temporel)

Quels seraient les objectifs à entreprendre à long terme?

(Demander de préciser au besoin l'aspect temporel)

## **Section 2 : Analyser et typer le contexte**

[Explication de la matrice analytique du contexte puis discussion à partir d'éléments soulevés lors du premier groupe et des questions suivantes :]

2.1 [Synthèse des éléments discutés lors du 1<sup>er</sup> groupe]

*Lors du dernier groupe, vous avez identifié des acteurs individuels, associatifs ou organisationnels susceptibles de soutenir l'implantation du Lifestyle Redesign®. Vous avez notamment parlé de la FADOQ, des municipalités, des députés, des pharmaciens, des assureurs, des organismes communautaires, de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, de l'Association canadienne des ergothérapeutes, des directeurs des CISSS et des CIUSSS, des gens du Ministère, de collègues, de chercheurs, de stagiaires, de propriétaires de résidences, des aînés eux-mêmes, etc. Les prochaines questions réfèrent à la matrice analytique du contexte :*

[Question]

Comment percevez-vous le partage des responsabilités entre les différents acteurs pour implanter le *Lifestyle Redesign*® ?

[Formulation alternative]

Jusqu'à quel point la responsabilité d'implanter le *Lifestyle Redesign* vous apparaît-elle partagée entre les différents acteurs ?

2.2 Selon vous, comment ces acteurs sont-ils favorables à l'implantation du *Lifestyle Redesign*® ?

- 2.3 Selon vous, comment ces acteurs pourraient-ils limiter l'implantation du *Lifestyle Redesign*® ?
- 2.4 Parlez-moi des éléments qui pourraient favoriser la participation des aînés au *Lifestyle Redesign*® ?
- 2.5 Parlez-moi des éléments qui pourraient freiner la participation des aînés au *Lifestyle Redesign*® ?
- 2.6 *[Présentation de la grille d'analyse PESTLE et synthèse des éléments discutés lors du 1<sup>er</sup> groupe]*  
*Lors de notre dernière rencontre, vous avez soulevé plusieurs facteurs internes et externes à vos organisations qui influencent l'implantation d'innovations comme le Lifestyle Redesign®. Afin d'approfondir les échanges sur ces facteurs, je vous propose de réaliser une analyse PESTLE à l'aide de la feuille que je vous ai remise (annexe 31). Pour nous permettre d'aller plus loin, j'ai ajouté certains éléments mentionnés lors des premiers groupes de discussion. Je vous demande maintenant de réfléchir à comment ces facteurs peuvent devenir des opportunités ou des défis à l'implantation du Lifestyle Redesign®. Par exemple, le fait d'impliquer des stagiaires en ergothérapie pour préparer ou donner l'intervention pourrait représenter une opportunité en réponse au petit nombre d'ergothérapeutes en milieu communautaire. Inversement, ce même élément pourrait constituer un défi à l'implantation du Lifestyle Redesign® en raison des possibilités limitées de pérennisation des ressources. Dans un premier temps, je vous invite à prendre 15 min pour compléter individuellement la grille d'activité et nous en discuterons en groupe par la suite.*
- [Question]  
 À la lumière de l'analyse PESTLE, quels éléments faciliteraient l'implantation du *Lifestyle Redesign*® ?
- 2.7 À la lumière de l'analyse PESTLE, quels éléments pourraient faire obstacle (ou compliquer) l'implantation du *Lifestyle Redesign*® ?

### **Section 3 : Déterminer le message-clé**

- 3.1 *[Présentation de l'acronyme SUCCES (annexe 31) et synthèse des éléments discutés lors du 1<sup>er</sup> groupe]*  
*Vous m'avez parlé, lors du premier groupe, des effets que pourrait avoir l'implantation du Lifestyle Redesign® sur votre organisation. Vous avez notamment mentionné des impacts sur les listes d'attentes (ex. moins de P4), le fait d'avoir un système dirigé vers le préventif plutôt que le curatif et une utilisation possiblement moindre des services de santé (ex. consultation à l'urgence)*
- [Question]  
 Quels avantages votre organisation pourrait-elle tirer d'implanter le *Lifestyle Redesign*® comparativement aux autres organisations ?

[Formulation alternative]

Dans un esprit de marketing, jusqu'à quel point le fait d'implanter le *Lifestyle Redesign*® représenterait, s'il y a lieu, un avantage pour votre organisation comparativement aux autres organisations ?

3.2 Comment le *Lifestyle Redesign*® permettrait-il de répondre aux besoins des aînés ?

3.3 Selon vous, à quel point est-il nécessaire d'offrir le *Lifestyle Redesign*® afin de répondre aux besoins de votre clientèle ?

3.4 Spontanément, quels éléments devraient être mis de l'avant afin de transmettre un message clair et efficace aux décideurs ?

[Formulation alternative]

Quel est le message clé à transmettre aux décideurs au sujet du *Lifestyle Redesign*® ?

#### **Section 4 : Planifier les actions**

4.1 Quelles sont les conditions essentielles à la réussite de l'implantation du *Lifestyle Redesign*® ?

[Questions d'approfondissement]

3.1.1 Au moment de planifier l'implantation du LR

3.1.2 Au moment de déployer l'intervention

3.1.3 Au moment d'évaluer l'implantation

[Question d'approfondissement au besoin pour compléter la discussion au sujet des moyens identifiés à la section 1]

3.2 Afin de surmonter les obstacles identifiés, quelles sont les actions à entreprendre pour intégrer le *Lifestyle Redesign*® à la pratique ?

3.3 Parmi les actions nommées, parlez-moi des actions qui vous apparaissent les plus prioritaires (quoi, qui, comment quand, où et pourquoi)

[Questions d'approfondissement au besoin]

3.3.1 Pour quelles raisons, ces actions apparaissent prioritaires ?

3.3.2 Quels acteurs (personnes ou organisations, etc.) vous semblent les mieux placés pour entreprendre ces actions ?

3.3.3 Quel moment vous apparaît le plus opportun pour initier ces actions ?

4.4 Parmi les actions nommées, parlez-moi des actions qui vous apparaissent les plus importantes? (quoi, qui, comment quand, où et pourquoi)

[Question d'approfondissement seulement si les actions nommées diffèrent des actions prioritaires identifiées précédemment]

4.4.1 En quoi ces actions sont-elles importantes pour implanter le *Lifestyle Redesign*® à la pratique ?

- 4.5 Quelles sont, s'il y a lieu, les opportunités à saisir pour implanter le *Lifestyle Redesign*® à la pratique?

[Question d'approfondissement]

De quelle façon pouvez-vous, s'il y a lieu, contribuer à créer ou saisir ces opportunités?

- 4.6 De quelle façon vous ou votre organisation pouvez contribuer, s'il y a lieu, à la réalisation de ces actions ?

### **Conclusion (15 min)**

- La directrice de recherche fera une synthèse des principales tendances et des idées énoncées lors de la discussion.

### Fin de la rencontre (5 min)

- Récupérer les feuilles d'activités complétées
- Remercier les participants pour leur temps à prendre part au groupe de discussion de même que pour leur ouverture à transmettre leurs points de vue en groupe.
- Informer que les résultats seront analysés au cours des prochains mois et qu'un résumé des résultats leur sera transmis par courriel.

Remerciements et salutations finales.

**ANNEXE 11****Formulaire de recueil des données sociodémographiques**

No du participant \_\_\_\_\_

1. À quel genre vous identifiez-vous ?

Femme ☐ Homme ☐ Autre (préciser) ☐ :

\_\_\_\_\_

2. Quel âge avez-vous (en nombre d'années) ? \_\_\_\_\_

3. Quel niveau d'études avez-vous complété ?

Études universitaires de 1<sup>er</sup> cycle ☐

Précisez le(s) programme(s) : \_\_\_\_\_

Études universitaires de 2<sup>e</sup> cycle ☐

Précisez le(s) programme(s) : \_\_\_\_\_

Études universitaires de 3<sup>e</sup> cycle ☐

Précisez le programme : \_\_\_\_\_

4. Quel est votre statut professionnel ?

Clinicien ☐ Finissant en ergothérapie\* ☐ Autre\* (préciser) ☐ :

\_\_\_\_\_

**\*Si vous êtes finissant en ergothérapie, veuillez passer à la question 8**

5. Les 3 prochaines questions réfèrent à votre lieu de pratique actuel en tant qu'ergothérapeute :

a) Quel est votre lieu de pratique (nom de l'établissement, de la clinique ou de l'employeur) ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Auprès de quelle clientèle œuvrez-vous (ou souhaitez-vous orienter votre pratique) ? :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) Quelle est la principale nature de vos interventions (plus d'un choix permis) ?

☐ Récupération,  
maintien ou  
développement de la  
fonction☐ Adaptation compensation  
des incapacités ☐ Enseignement☐ Interventions  
directement dans la tâche☐ Modification de  
l'environnement☐ Prévention☐ Approche palliative☐ Service d'évaluation-  
conseil☐ Autres

Précisez : \_\_\_\_\_

6. Les trois prochaines questions réfèrent à votre expérience en tant qu'ergothérapeute :

a) Nombre d'années de pratique : \_\_\_\_\_ années

b) Nombre d'années de pratique dans le milieu actuel : \_\_\_\_\_ année(s)

c) Nombre d'années de pratique auprès de la clientèle aînée : \_\_\_\_\_ année(s)

6. Votre pratique actuelle intègre-t-elle des activités de prévention ou de promotion de la santé ?

Oui ☐ Non ☐ (passez à la question 8)

7. Si vous avez répondu oui à la question précédente, précisez quelle forme prennent ces activités (type, fréquence, durée).

---

---

---

---

---

---

---

---

8. Avant votre participation à la présente étude, aviez-vous déjà entendu parler du *Lifestyle Redesign*®?

Oui ☐ Non ☐ (sinon, passez à la question 10)

9. Si vous avez répondu oui à la question précédente, indiquez comment vous avez entendu parler du *Lifestyle Redesign*® pour la première fois?

☐ Présentation scientifique

☐ Site web

☐ Article de revue

☐ Émission de radio ou de télévision

☐ Projet de recherche

☐ Bouche-à-oreille

☐ Formation académique

☐ Autre

Précisez :

---

10. Avez-vous des attentes concernant la formation à venir ? Si oui, précisez lesquelles.

**ANNEXE 12****Approbation du comité d'éthique de la recherche**





Sherbrooke, le 22 février 2018

Pre Mélanie Levasseur FMSS École de réadaptation Université de Sherbrooke

Objet : Approbation finale du projet de recherche par le Comité d'éthique de la recherche du [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité]

---

Projet #MP-31-2018-2482 - Maîtrise LR MHL

Accompagner et documenter la préimplantation du Lifestyle Redesign® en milieu communautaire québécois : une recherche- action.

---

Bonjour Pre Levasseur,

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité], qui agit comme CÉR évaluateur pour le projet de recherche mentionné en titre, a pris connaissance en comité restreint de vos réponses et des documents suivants déposés via la plate- forme Nagano à la suite de l'approbation conditionnelle cité en rubrique.

**Formulaire 20 # 19218** déposé le **20 février 2018** incluant :

ProtocoleLR\_v14.docx FIC Principal v14.docx  
 InvitationErgoPublic\_v14.docx ConvenanceCISSS\_v14.docx  
 ConvenanceCIUSSS\_v14.docx FacebookErgoMaîtrise\_v14.docx Facebook  
 ErgothérapieQc\_v14.docx AnnonceOEQ Rappel\_v14.docx Translation  
 agreement \_Levasseur (2).pdf

Comme les réponses soumises et les modifications apportées à ces documents ont été jugées satisfaisantes, il nous fait plaisir de vous informer que votre projet a été **approuvé au plan éthique** par le CÉR [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité] le **22 février 2018** et ce, pour l'ensemble des centres participants au Québec. Cette approbation est valide pour une période de 12 mois, soit jusqu'au **22 février 2019**.

Liste des documents approuvés:

Protocole de recherche, version 20 février 2018

Formulaire de consentement Principal, français, version 20 février 2018  
 Dépliant / feuillet d'information / publicité, soumis le 29 janvier 2018  
 (InvitationErgoCliniquesPrivées\_Finale.docx)  
 (InvitationErgoPublic\_Finale.docx) (AnnonceOEQ Rappel\_Finale.docx)  
 (Facebook ErgothérapieQc.docx)  
 (FacebookErgoMaîtrise\_Finale.docx) (ConvenanceCIUSSS\_Finale.docx)  
 (ConvenanceCIUSSS\_Finale.docx)  
 Questionnaires, journaux, grilles d'évaluations, soumis le 29 janvier 2018  
 (Q\_sociodémographique\_Finale.docx) (TestConnaissancesLR\_Finale.docx)  
 (DPC-Réaction\_Finale.docx)

### NOTES IMPORTANTES:

Seule la version finale du formulaire de consentement portant le sceau du CÉR devra être utilisée pour signature par les participants à la recherche (voir Nagano, onglet "Fichiers").

Vous devez attendre l'autorisation du Directeur administratif de la recherche du CIUSSS [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité] avant de débiter la recherche.

Il est à noter qu'aucun membre du comité d'éthique participant à l'évaluation et à l'approbation de ce projet n'est impliqué dans celui-ci.

De plus, le CÉR confirme que vous avez déposé les documents requis pour établir que votre projet de recherche a fait l'objet d'un examen scientifique dont le résultat est positif.

En acceptant la présente lettre d'approbation finale du Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité], vous vous engagez à soumettre au Comité:

Toute demande de modification au projet de recherche ou à tout document approuvé par le comité pour la réalisation de votre projet.

Seuls les incidents thérapeutiques graves ou les réactions indésirables graves (ITG/RIG) qui sont à la fois inattendus, possiblement reliés au produit de l'étude ET survenus chez un participant rattaché dans votre site **dans un délai de 15 jours de calendrier** suivant la prise de connaissance par l'équipe de recherche. Les événements ayant entraîné la mort d'un participant doivent être rapportés dans **un délai de 7 jours de calendrier**; (réf.: formulaire #F3 dans Nagano, ancien CRC-RC6)

Tout nouveau renseignement sur des éléments susceptibles d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche ou d'accroître les risques et les inconvénients des sujets, de nuire au bon déroulement du projet ou d'avoir une incidence sur le désir d'un sujet de recherche de continuer sa participation au projet de recherche;

Toute modification constatée au chapitre de l'équilibre clinique à la lumière des données recueillies; La cessation prématurée du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente;  
 Tout problème identifié par un tiers, lors d'une enquête, d'une surveillance ou d'une vérification interne ou externe; Toute suspension ou annulation de l'approbation octroyée par un organisme de subvention ou de réglementation;  
 Toute procédure en cours de traitement d'une plainte ou d'une allégation de manquement à l'intégrité ou à l'éthique ainsi que des résultats de la procédure.

La présente décision peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences. En plus du suivi administratif d'usage, le CÉR pourra effectuer un suivi actif au besoin selon les modalités qu'il juge appropriées.

Comme le prévoit l'article 11.1 du Cadre de référence des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) pour l'autorisation d'une recherche menée dans plus d'un établissement, vous pouvez déposer une copie de la présente lettre de notre CER auprès des établissements publics du RSSS à qui vous demanderez l'autorisation de réaliser la recherche dans leurs murs ou sous leurs auspices.

Si un établissement vous demande d'apporter des modifications administratives (seules celles-ci étant autorisées) à la version finale d'un document qui a été approuvé par notre CÉR, veuillez-vous entendre avec cet établissement pour que notre CÉR reçoive une copie du document modifié indiquant clairement les modifications apportées.

Le Cadre de référence établit, à l'article 11.2, que vous pouvez fournir une copie de la présente lettre à un autre chercheur qui veut demander à son établissement l'autorisation d'y mener la même recherche. Lorsque vous fournirez ainsi une copie de cette lettre, veuillez rappeler au chercheur de déposer à chaque année, deux semaines précédant la date d'anniversaire, un

rapport d'étape sur le déroulement de la recherche dans son établissement. Ceci devra être fait via le fichier "Annexe au F9 - Infos des centres participants" que vous trouverez l'onglet "Documentation" dans Nagano.

L'omission par le chercheur d'un établissement de déposer ce rapport ne compromettra pas le renouvellement annuel de l'approbation éthique couvrant l'ensemble de ce projet de recherche. Notre CER évaluateur pourra cependant demander à la personne qui a autorisé la réalisation de la recherche dans cet établissement de suspendre l'autorisation donnée à un chercheur qui n'a pas déposé le rapport d'étape demandé.

En terminant, nous vous rappelons que vous devez conserver pour une période d'au moins un an suivant la fin du projet, un répertoire distinct comprenant les noms, prénoms, coordonnées, date du début et de fin de la participation de chaque sujet de recherche.

**Attestation du CÉR (REBA) :**


---

En ce qui concerne l'essai clinique visé OU ce projet de recherche, à titre de représentant du Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité], je certifie que:

1. La composition de ce Comité d'éthique satisfait aux exigences pertinentes prévues dans le titre 5 de la partie C du Règlement sur les aliments et drogues.
  2. Le Comité d'éthique de la recherche exerce ses activités de manière conforme aux bonnes pratiques cliniques.
  3. Ce Comité d'éthique a examiné et approuvé le formulaire de consentement et le protocole d'essai clinique qui sera mené par le chercheur susmentionné, au lieu d'essai indiqué. L'approbation et les opinions du présent comité ont été consignées par écrit.
  4. Ce Comité est conforme aux normes américaines. (FWA #00005894 et IRB #00003849)
- 

Je vous prie d'accepter, Pre Levasseur, mes meilleures salutations.

[Signature de la co-présidente du CÉR retirée à des fins de confidentialité]

Me Sophie Brisson, co-présidente CÉR du CIUSSS [nom de l'établissement retiré à des fins de confidentialité]